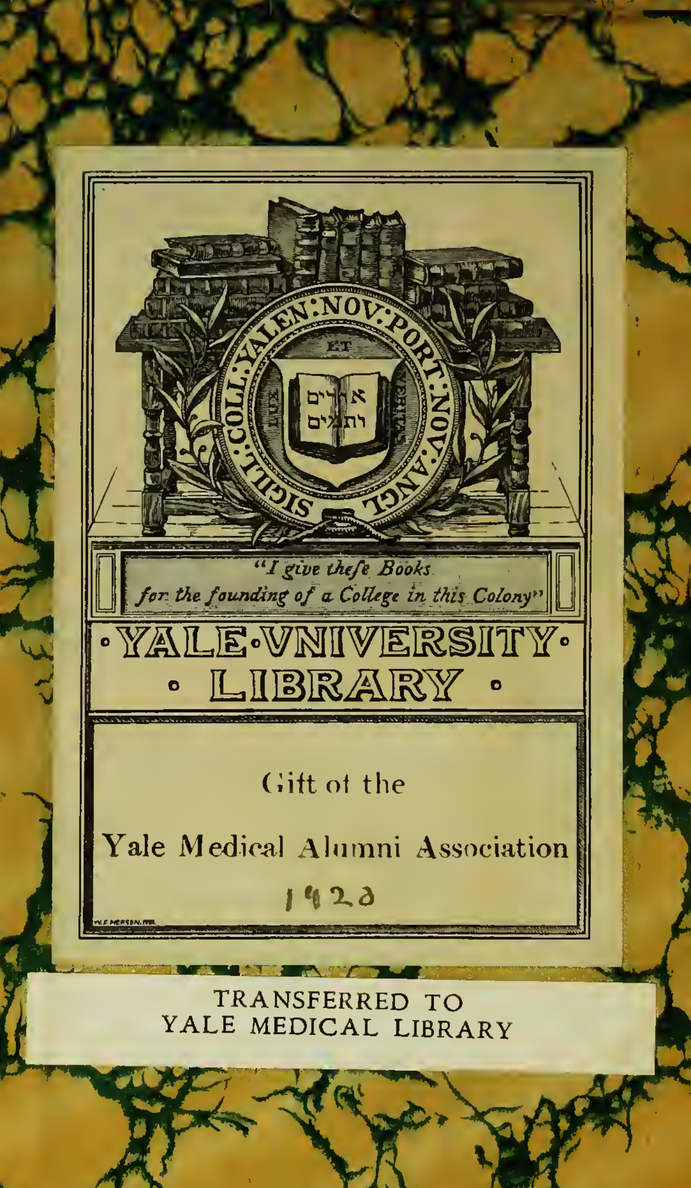
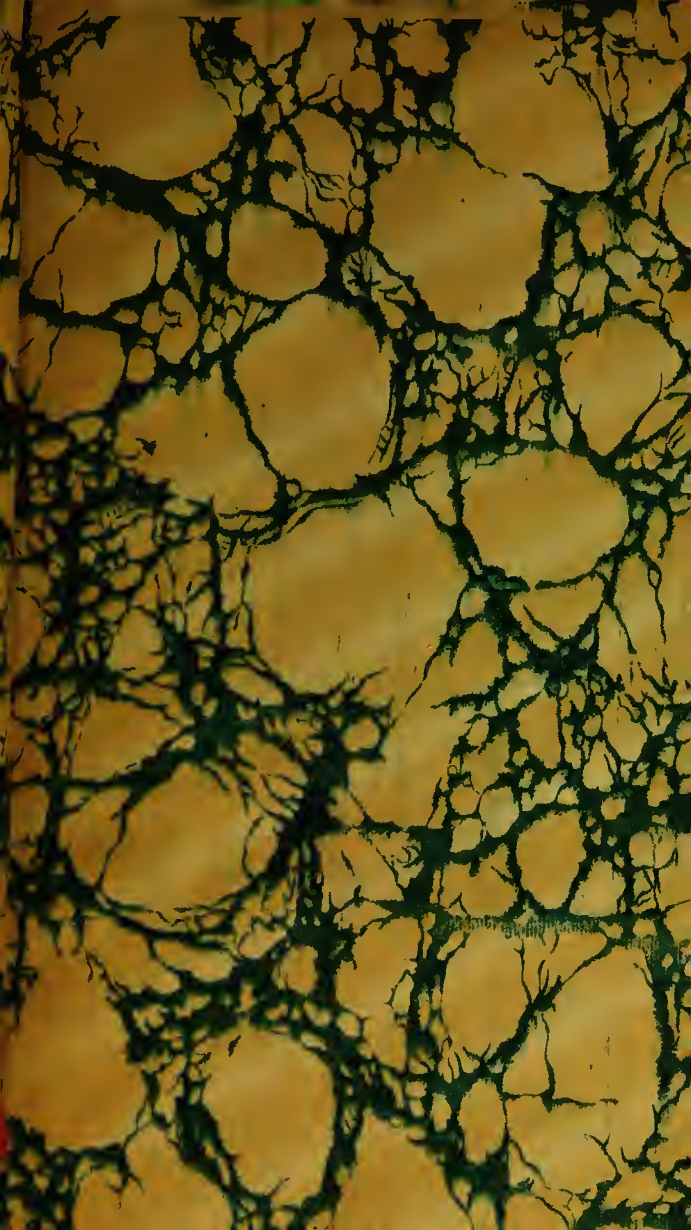

SIGILL:COLL:YALEN:NOV:PORT:NOV:ANGL
"I give these Books for the founding of a College in this Colony"
YALE·VNIVERSITY·
LIBRARY
Gift of the
Yale Medical Alumni Association
1920
TRANSFERRED TO
YALE MEDICAL LIBRARY



Troubles Mentaux

et

Troubles Nerveux de Guerre

Troubles Mentaux

et

Troubles Nerveux de Guerre

PAR

GEORGES DUMAS

PROFESSEUR DE PSYCHOLOGIE EXPÉRIMENTALE A LA SORBONNE

MÉDECIN-MAJOR AUX ARMÉES



PARIS

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

—

1919

Je dédie ce petit « livre de guerre »

A MONSIEUR LE MÉDECIN INSPECTEUR GÉNÉRAL LEMOINE

En témoignage de reconnaissance, de respect et d'affection.

GEORGES DUMAS

PRÉFACE

J'ai commencé ce livre lorsque j'étais médecin expert pour la psychiatrie au quartier général de la N^e^ Armée et je l'ai terminé quand j'étais médecin chef du centre neuro-psychiatrique de la Xe armée. La substance en a paru presque tout entière dans la *Revue de Paris*, sous forme d'articles. Je me suis borné à joindre à ces articles quelques commentaires qui les éclaircissent et les parties les plus importantes d'un rapport que j'ai écrit, avec le docteur Delmas, sur la mission neuro-psychiatrique dont j'ai été chargé avec lui, en octobre 1916, dans la Y^e^ armée, tandis que la première bataille de la Somme se déroulait encore.

On me reprochera peut-être de n'avoir pas assez utilisé et discuté les nombreuses études qui ont paru en France, depuis quatre ans, sur le sujet que je traite, d'avoir été trop concis sur bien des troubles psychiques et d'avoir fait, par contre, aux accidents hystériques et confusionnels une place trop grande ; mais n'est-il pas utile que chacun de nous parle d'abord de ce qu'il a particulièrement étudié, pour que puissent se construire les études synthé-

tiques de l'après guerre ? — Je n'ai, pour aujourd'hui, aucune prétention à être complet, et si j'ai fait place parfois aux faits observés par les médecins allemands, c'est uniquement parce que ces faits (1) sont encore peu connus parmi nous et pourront intéresser les psychiatres français.

Qu'il me soit permis d'ajouter qu'une mission de dix mois aux Etats-Unis du Brésil a retardé beaucoup la publication de ce livre.

G. D.

(1) C. f., au sujet de ces faits, le livre publié récemment sur *les Névroses et les Psychoses de Guerre chez les Austro-allemands* par les docteurs Georges Dumas et Henri Aimé. (Paris, F. Alcan 1918),

CHAPITRE I

DES TROUBLES MENTAUX COLORÉS PAR LA GUERRE OU INDIRECTEMENT PROVOQUÉS PAR ELLE.

La guerre peut exercer des influences très diverses sur les différentes variétés de troubles mentaux. Tantôt elle les colore simplement, en donnant la matière de ses thèmes délirants à un malade qui, suivant toute apparence, aurait déliré sans elle et qui délirait quelquefois avant l'ouverture des hostilités. Tantôt elle agit d'une façon plus profonde, encore qu'indirecte, en provoquant des accès passagers d'excitation ou de dépression, de mélancolie, de neurasthénie, par les fatigues, les surmenages physiques et moraux, les changements d'hygiène, d'habitudes, de milieu et les préoccupations de toute nature qu'elle entraîne. D'autres fois enfin, la guerre agit directement sur les systèmes nerveux par l'horreur que soulèvent certaines scènes de bataille comme par les émotions ou les commotions des bombardements, et cette action directe est, de beaucoup, la plus intéressante de toutes. On observe alors des accès de confusion mentale, accompagnés ou non d'hallucinations et de délire et l'on observe aussi des accidents hystériques comme les

mutismes, les paralysies, les surdités, les cécités, les anesthésies de la sensibilité générale, etc. etc. Cela fait, pour la guerre, au moins trois façons d'influencer les cerveaux malades, prédisposés ou fragiles. Encore est-il bon de remarquer qu'à chacune de ces influences ne correspondent pas nécessairement des groupes différents de troubles mentaux et que des affections mentales de même nature peuvent tantôt être provoquées par la guerre, tantôt s'y colorer seulement. Si l'on veut bien tenir compte, d'autre part, que ces diverses influences peuvent se mêler ; si l'on ajoute qu'à côté des malades véritables, il y a des demi-malades qui s'exagèrent très sincèrement les troubles de leur sensibilité ou de leur volonté, des malades qui prolongent leurs accidents par passivité ou par intérêt, et même parfois des sujets qui simulent délibérément la surdité, la cécité, la douleur, la paralysie et l'aliénation mentale, on se fera une idée de la variété des cas que la guerre peut, en quelques mois, faire passer sous les yeux d'un psychiatre.

Essayons de nous y retrouver en commençant par les cas de coloration.

Je dirai en terminant ce qui a été fait dans la N[e] et la X[e] armée pour traiter et guérir.

∴

Au cours des dix derniers mois de l'année 1915 (1), les services psychiatriques de la N[e] armée ont reçu

(1) Je me réfère pour les pourcentages à ma statistique de 1915 par ce que j'ai passé cette année presque tout entière dans la même armée.

1 188 malades atteints d'affections mentales diverses, soit une moyenne de 118,8 par mois : 75 en mars, 101 en avril, 134 en mai, 165 en juin, 157 en juillet, 123 en août, 104 en septembre, 114 en octobre, 100 en novembre, 115 en décembre.

Cette progression et cette décroissance s'observent en temps de paix et on les attribue d'ordinaire à l'influence de l'été, mais il faut tenir compte ici de tant de causes intercurrentes dont le nombre augmente avec la belle saison, depuis le surmenage des marches jusqu'aux émotions des batailles, qu'il est à peu près impossible de savoir ce qui revient à l'influence de l'été.

Sur ces 1 188 malades, on en comptait seulement 43 atteints de paralysie générale.

Tout le monde connaît, au moins de nom, cette maladie qui se caractérise cliniquement par des symptômes progressifs d'affaiblissement mental et de paralysie, anatomiquement par des lésions diffuses de tous les éléments de l'écorce cérébrale et qui a pour condition nécessaire, mais non suffisante, la syphilis.

La proportion des paralytiques généraux, par rapport aux autres malades, est très au-dessous de la moyenne, puisqu'elle est de 3,50 o/o alors que la proportion généralement observée dans les asiles est de 15 o/o. Sans doute faut-il tenir compte de ce fait, signalé tout à l'heure, que la guerre, en produisant directement ou indirectement des troubles mentaux, modifie les proportions observées en temps de paix, et de cet autre aussi que l'on a reçu et traité, dans les services psychiatriques de la Nᵉ armée, beaucoup de malades qui, tout en présentant des troubles mentaux ou nerveux, ne relevaient pas de l'asile. Toutefois, en dépit de ces deux raisons, le chiffre de 43 paraît faible si l'on songe que la paralysie générale s'observe

surtout entre trente-cinq et quarante-cinq ans, et l'on ne risque rien, semble-t-il, à formuler au moins cette conclusion négative que les fatigues, les émotions et les surmenages divers de la guerre sont sans influence sur l'éclosion de cette affection.

La plupart des auteurs allemands qui ont étudié la paralysie générale chez les combattants ont trouvé comme moi, et sans doute pour la même raison, une proportion très faible de paralytiques généraux par rapport aux autres malades atteints de troubles neuro-psychiques (M. Bonhöffer (1) 6 o/o, M. Meyer (2) 3,5 o/o, M. Hahn (3) 3 o/o) et ils ne signalent aucune particularité clinique qui leur ait paru différencier la paralysie générale du temps de guerre de la paralysie générale du temps de paix. M. Bonhöffer estime, contrairement aux conclusions tirées par M. Stieda de ses observations sur la guerre russo-japonaise, que la guerre ne raccourcit pas le temps d'incubation de la paralysie générale et qu'elle n'exerce aucune influence accélératrice sur le cours de cette affection. Il tient pour vraisemblable que le nombre de paralytiques généraux n'augmente pas en campagne et reste toujours, par rapport à la population, dans la même proportion qu'en temps de paix. M. Westphal (4) a vu, il est

(1) Psychiatrie und Krieg. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1914, n° 39. Psychiatrisches zum Kriege. *Monatschr. f. Neur. und Psych.*, 36, H. 6, 1914.

(2) Psychosen und Neurosen in der Armee während des Krieges *Deutsche med. Wochenschr.*, 1914, n° 51.

Der Einfluss des Krieges, insbesondere des Kriegsausbruchs auf schon betsehende Psychosen. *Arch. f. Psych. und Nervenheilk.*, 55, H. 2, 1915.

(3) Kriegspsychosen. *Münch. med. Wochenschr.* 1915, n° 8.

(4) Westphall. Uber nervöse und psychische Erkrankungen im Felde. *Med. Klin.*, 1915, n° 14-15.

vrai, plusieurs cas où les symptômes paralytiques ont apparu, en campagne, chez des sujets qui n'avaient présenté jusque-là aucune espèce de signes physiques ni mentaux et il conclut à la sommation des influences épuisantes de la guerre; mais tous les aliénistes ont pu faire en temps de paix des observations analogues sur l'apparition plus ou moins rapide des premiers symptômes paralytiques et l'influence des fatigues physiques de la guerre sur l'éclosion de la maladie reste ici une pure hypothèse. M. Ritterhaus (1) a vu, à l'hôpital, des formes précoces de paralysie générale comme on en voit, dit-il, très rarement en temps de paix; à côté des signes de neurasthénie, il a noté, au premier plan, des symptômes somatiques très nets qui contrastaient avec l'intégrité des fonctions psychiques supérieures et cette prédominance des symptômes somatiques le fait penser à une influence possible des fatigues de la guerre, mais M. Ritterhaus a pu tomber sur une série de cas exceptionnels et l'hypothèse qu'il invoque, à titre d'explication, est toute gratuite. En fait, on peut conclure des statistiques allemandes, comme de la mienne, qu'il n'y a, vraisemblablement, aucun rapport d'étiologie occasionnelle entre la guerre et la paralysie générale.

En revanche, lorsque les paralytiques généraux délirent, ce qui est fréquent, et surtout quand ils font de l'excitation, de la satisfaction, de l'optimisme, de la philanthropie et de la mégalomanie, ils empruntent volontiers aux événements extérieurs les éléments de leur délire qui se trouve ainsi, dans l'espèce, alimenté sinon déterminé par la guerre.

(1) Kriegsbeschädigung des Zentralnervensystems. *Münch-Med. Wochenschr.*, 1915, n° 36.

Tel me raconte qu'il a nettoyé une tranchée ennemie avec deux mitrailleuses qu'il avait portées sur ses épaules pendant plusieurs kilomètres ; tel autre m'aborde, l'air souriant, et me dit en bredouillant, car il a des troubles caractéristiques de la parole : « Le président de la République n'est rien à côté de moi ; je suis général de division volontaire. » Un autre écrit à sa femme :

« Chère épouse,

« J'ai une grande nouvelle à vous apprendre : c'est moi qui ai terminé la guerre; je me suis nommé général commandant de la deuxième section et j'en suis fort aise ; je suis aussi devenu milliardaire voilà six jours, cinq, six, sept, huit, neuf et dix fois. Nous allons aller habiter près de Paris ; je suis à la prison (*le cabanon*) depuis quatre jours mais à tort ; j'ai fait mettre le commandant à ma place ainsi que le capitaine ; je t'embrasse bien fort ainsi que ta petite fille, ton frère, ta mère, ton père, ton oncle, ta tante, ta cousine. »

Quelques jours plus tard, il écrit à Guillaume II :

« Sire, seriez-vous assez aimable de nous remettre l'Alsace et la Lorraine, les milliards de 70 et de faire remettre le tout en l'état comme c'était; de supprimer toute séparation avec les vôtres et de nous donner le droit de parcourir votre pays et vos colonies. Dans l'espoir d'une bonne réponse, recevez, sire Guillaume, mes meilleurs sentiments.

« R..., *boulanger à X...* »

On pourrait sans difficulté, et aussi sans grand

avantage, citer bien d'autres lettres de paralytiques généraux, toutes empreintes du même optimisme, de la même mégalomanie démentielle et de la même excitation ; il est plus intéressant de constater que ces malades, qu'on nous amène souvent très diminués et très affaiblis dans leur intelligence, ont, la plupart du temps, fait leur service jusqu'au dernier moment. Quand ils sont simples soldats, il n'y a que demi-mal, mais on se demande comment le lieutenant Vernier (1), l'homme aux deux mitrailleuses, à pu commander ses soldats quarante-huit heures avant de nous arriver et par quel heureux hasard il s'est abstenu de leur donner l'ordre absurde et héroïque qui les aurait fait hacher. La même question se posait quelques jours plus tard pour le capitaine Bourniol. et elle se pose en tout temps, quoique moins angoissante, pour beaucoup de civils, magistrats, médecins, professeurs qui rendent la justice, donnent des consultations et font leur cours jusqu'à l'accident ridicule ou tragique qui décide leur famille ou oblige la police à les interner. Apparemment, il faut ici faire la part de l'automatisme du métier qui supplée tant bien que mal à l'intelligence et peut en donner l'illusion, alors que la démence, c'est-à-dire la ruine mentale, a déjà atteint toutes les fonctions supérieures.

∴

Les psychoses raisonnantes, si bien étudiées par Sérieux et Capgras (2), sont des psychoses constitution-

(1) Il est à peine besoin de dire que tous les noms de malades sont de mon invention.

(2) *La Folie raisonnante* (Paris, F. Alcan, 1909).

nelles, dues à l'épanouissement d'un germe morbide dont l'existence se manifeste, dès la jeunesse ou l'enfance, par un gauchissement du caractère, un mélange d'orgueil et de méfiance qui porte déjà le futur aliéné à raisonner à côté et à se croire le centre des choses. Le germe se développe d'une façon systématique à la suite des malheurs, des chagrins, des difficultés de la vie ; mais ce développement est compatible avec l'intégrité de l'intelligence et le malade ne tombe dans la démence que sous l'influence de l'affaiblissement sénile. On distingue en général, et avec raison, des psychoses raisonnantes ainsi définies les psychoses raisonnantes qui s'accompagnent d'hallucinations, de désagrégation mentale, de dédoublement de la personne et se terminent souvent par la démence. La prédisposition y est moins manifeste que dans les psychoses précédentes, mais les causes occasionnelles sont sensiblement les mêmes et, comme les deux affections usent, pour s'alimenter, des mêmes procédés de négation, d'interprétation et de déformation logiques des faits, je les réunis ici.

Nous n'avons eu, en dix mois, que 7 cas de psychoses raisonnantes non hallucinatoires et 10 cas de psychoses raisonnantes hallucinatoires. Il se peut que les soucis et les fatigues de la guerre aient contribué à développer quelques-unes de ces affections, mais, pour beaucoup d'entre elles, cette influence est très difficile à établir et elle n'est pas soutenable pour la plupart, manifestement antérieures aux hostilités. De plus, comme toutes ces affections n'ont pas été colorées par la guerre, je suis obligé, pour citer des exemples intéressants, de faire appel à mes souvenirs et à mes lectures, autant qu'à mon expérience actuelle.

On peut distinguer au moins trois cas :

Tantôt le sujet s'empare des événements militaires, les explique à sa manière, les fait entrer dans son délire et les systématise.

C'est le cas d'une vieille connaissance de Sainte-Anne, Eulalie Hortense Jeunin, une grande interprétante non hallucinée, qui, ayant eu des démêlés nombreux avec plusieurs éditeurs au sujet d'un livre de philosophie fumeux et vide qu'elle à écrit, ne peut plus voir les événements de ce monde qu'à travers ses procès de librairie.

Toutes les guerres qui se sont produites depuis 1893, guerre des Américains contre les Espagnols, des Anglais contre les Boers, des Japonais contre les Russes, lui ont apparu comme des symboles dépourvus de toute réalité mais traduisant admirablement ses malheurs. La cause des vaincus, c'est la sienne ; dans les caractères de leur race elle démêle ses propres vertus et ses propres faiblesses, comme elle découvre chez les vainqueurs toute la bassesse d'âme et toutes les félonies de ses éditeurs. C'est sa querelle de librairie qui, sous des apparences diverses, se joue et se jouera éternellement sur les champs de bataille du monde. En dehors de cette querelle, toutes les guerres ne sont que fantômes et que rêves.

D'autres fois, le malade a orienté son délire de telle sorte que la guerre n'est pas compatible avec ses préoccupations habituelles et, dans l'impossibilité où il se trouve de l'interpréter d'une façon systématique, il n'hésite pas à en nier l'existence. On a signalé plusieurs cas de ces négations délirantes au cours de la guerre actuelle. Un des plus curieux a été conté, il y a plus de quarante ans, par Foville (1). C'est le

(1) *Annales médico-psychologiques*, janvier 1872.

cas d'un capitaine de la garde impériale, atteint de délire de persécution avec hallucinations multiples, qui entra à Charenton peu de temps avant la guerre de 1870 et ne voulut jamais croire à la réalité de cette guerre. « M. Z..., écrit Foville, n'a pas cessé de se montrer rebelle aux vérités les plus évidentes, insensible aux plus douloureuses réalités. La succession des événements malheureux, l'investissement de Paris, la capitulation de Metz, par suite de laquelle son régiment et ses camarades demeurèrent prisonniers, les combats sous Paris dont il voyait les divers épisodes de ses propres yeux, le bombardement des forts qu'il entendait sans interruption, l'insurrection de Paris et ses suites déplorables, le second siège et la réorganisation d'une armée française, tout est resté pour lui comme non avenu. Chaque événement lui était raconté par plusieurs personnes différentes et jamais il n'a voulu en croire un seul mot. Il n'a jamais cessé de soutenir que la France était en paix, l'empereur aux Tuileries, que les communications étaient libres et que c'était pour faire cause commune avec ses persécuteurs que l'on refusait d'envoyer ses lettres à ses parents ou de lui remettre leurs réponses; que tout ce bruit fait autour de la maison par la canonnade était l'œuvre de quelques officiers de son régiment, ses ennemis déclarés, acharnés à le tourmenter et dont il citait les noms... Je lui donnais les journaux qui racontaient les grands événements qui se succédaient d'une manière si lamentable pour la France et son armée. Il les lisait devant moi sans la moindre émotion et me les rendait en disant que c'était une feuille imprimée par ses ennemis, uniquement pour le tromper. Il m'est arrivé de lui remettre, le même jour, cinq ou six journaux différents, portant la même date,

relatant les mêmes faits ; il les a lus avec la même incrédulité, assurant bien que c'étaient de faux journaux, imprimés à sa seule intention par des persécuteurs tellement acharnés qu'ils ne reculaient devant aucun sacrifice d'argent. »

Nous devons au regretté Gilbert Ballet une observation analogue, avec cette différence clinique que l'interprétant Léon n'est pas halluciné, qu'il doute plus encore qu'il nie, et cette différence psychologique intéressante qu'il donne de curieuses raisons de ses doutes et de ses négations.

« Léon, dit Gilbert Ballet (1), a quarante-cinq ans. C'est un homme d'une intelligence moyenne, et qui n'est pas dépourvu de toute culture. Au commencement de la guerre, il a été mobilisé dans un régiment d'artillerie. Lors des premières manœuvres auxquelles il a pris part, il a été amené à se demander si ces manœuvres étaient bien sérieuses et si la guerre était une réalité. Il a résolu la question par la négative, s'est enfui et a été prévenu de désertion. Une expertise médico-légale a très justement conclu à un non-lieu, et Léon, qui est dans mon service depuis plusieurs mois, a toujours des doutes sur la réalité de la guerre ; au fond, il est convaincu, malgré les preuves hélas innombrables qu'on lui donne, qu'elle n'existe pas. Ecoutons-le parler : « Ce qui me paraît bizarre dans « cette guerre, c'est la longueur. Jusqu'à présent, il « n'y a pas eu de manœuvre tout à fait sérieuse. La « nature des opérations porte plutôt au doute... Il y a « quelque chose qui se sent, mais qui ne peut pas « s'exprimer. Dans les communiqués des journaux, je « ne sens pas la guerre. Ce n'est pas la même chose

(1) *Société de Neurologie.* Séance du 3 juin 1915.

« quand on fait un dessin de chic ou d'après na-
« ture ; c'est cette différence que je sens très bien. —
« *D.* Comment alors vous expliquez-vous que tout le
« monde, tous les journaux parlent de la guerre ? —
« *R.* Je dois me tromper, mais je ne sens pas qu'il y
« ait la guerre. Je lis M. Thiers, *le Consulat et*
« *l'Empire.* Ça se sent ; tandis que la guerre présente,
« je ne la sens pas. Je n'ai pas jusqu'à présent de fait
« qui m'ait convaincu. Dans les communiqués je ne
« sens aucune fièvre, aucune bataille sérieuse de
« livrée. Ce qui pourrait me convaincre, c'est si l'on
« me menait à une batterie et que je la visse démontée
« par un obus. — *D.* Seriez-vous convaincu si on vous
« montrait une salle de blessés ? — *R.* J'ai vu, au
« Cherche-Midi, des prisonniers allemands ; j'ai pensé
« que c'était une plaisanterie. J'ai cru que tout cela se
« faisait pour des scènes cinématographiques. — *D.*
« Si vous étiez obligé de parier que la guerre a
« lieu ou non, comment parieriez-vous ? — *R.* Je
« m'abstiendrais : si j'étais tout à fait obligé de parier,
« je parierais contre la guerre. »

« Récemment, la femme de Léon, dont il est séparé à l'amiable, a perdu, à la guerre, un fils qu'elle avait d'un premier mariage. Un ami lui a apporté la nouvelle de ce deuil. Il pense qu'on a trompé son ami.
« « Ma femme, dit-il, avait une bonne occasion de me
« prouver la réalité de la guerre, en venant elle-même
« m'annoncer la mort de son fils. Pourquoi ne l'a-t-
« elle pas fait ? »

On le voit, Léon éprouve à l'égard de la guerre un sentiment d'irréalité très fréquent chez les douteurs et qui s'explique assez bien ici par le secret qui a été gardé, dès le premier jour et depuis, sur le détail des opérations, les forces engagées, etc... Bien des gens

ont dû éprouver, par instant, les mêmes impressions que Léon, mais ils les ont en même temps rectifiées. Léon, qui est un interprétant, systématise ce qu'il éprouve, au lieu de le corriger, et il arrive ainsi à se persuader qu'on a voulu le duper et se moquer de lui, en le faisant croire à une guerre qui n'est pas.

D'autres fois enfin, le malade, plein de son sujet, évolue à travers les événements militaires sans les systématiser, sans les nier, sans y prendre garde autrement que pour les utiliser, et manifestement préoccupé de tout autre chose.

C'est le cas du canonnier Augustin, un interprétant de la Nᵉ armée, qui se démène, depuis plusieurs années, dans un délire assez mal bâti où il défend par sa parole et ses écrits les députés et les sénateurs républicains de son département « contre les attaques, injures et caricatures ignobles dont ils sont l'objet de la part de leurs adversaires de droite ». Entré à l'hôpital pour un phlegmon, il y partage aussitôt les infirmières en deux camps, celles de droite et celles de gauche, et il s'imagine, à quelques jours d'intervalle, que deux infirmières de gauche sont follement éprises de lui.

Déjà, à la campagne, avant la mobilisation, il a cru comprendre que l'institutrice de son village (une femme de gauche) lui faisait des avances, et il l'a poursuivie de ses assiduités ; mais il l'a oubliée dès qu'il a vu, à l'hôpital, l'infirmière-major se livrer, en sa présence, à toute une mimique dénotant une passion aussi profonde qu'honnête, mimique des yeux, des sourcils et des lèvres. Il se souviendra toujours du geste charmant par lequel elle faisait semblant de se mettre une bague au doigt, toutes les fois qu'elle passait près de son lit.

Le canonnier Augustin n'a pas résisté, et il a commencé par aimer cette femme dans son cœur, jusqu'au jour où il s'est aperçu, à des indices également certains, que Mlle H..., une autre infirmière de gauche, avait également jeté son dévolu sur lui. Il n'a pu s'empêcher de répondre à cette nouvelle flamme; il a rompu avec l'infirmière-major, qui ne s'est doutée ni de la passion ni de la rupture, et il s'est mis en frais d'affection pour Mlle H..., mais avec des manifestations plus effectives.

Renvoyé à sa batterie après sa guérison, il se présente si souvent à l'hôpital que le médecin est obligé de lui en faire interdire l'entrée. Alors il écrit au général commandant la place une lettre où il lui demande protection :

« Mon général,

« Vous savez sans doute que mon intention après la guerre est de m'unir avec cette chère et dévouée demoiselle X..., de l'hôpital temporaire n° 4... »

A cela près qu'il change souvent d'amour, et par conséquent d'idée fixe, le canonnier Augustin est un type assez net d'amoureux raisonnant et persécuteur. Il suit son penchant, à la guerre comme au village, il l'alimente, sans hallucinations, par une déformation continue des faits les plus insignifiants et il est très sincèrement persuadé que le général gouverneur de la place forte de Verdun n'a rien de plus pressant à faire qu'à s'occuper de ses amours.

C'est dans la catégorie des folies raisonnantes que je placerai les jalousies survenues au cours de la campagne chez les jaloux constitutionnels, avec ce caractère particulier, et certain cette fois, que l'accès actuel a été non seulement coloré par la guerre mais créé

par l'ennui, la solitude et surtout la séparation prolongée et forcée.

L'un des jaloux, le caporal Roze qui déjà, dans la vie civile, a eu deux crises de jalousie, en a eu une troisième après six mois de fatigues et d'isolement dans la tranchée; il croit remarquer, dans les lettres de sa femme, du refroidissement; il trouve qu'elle lui parle trop ou trop peu de tel voisin qu'il a autrefois soupçonné de lui faire la cour; une nuit, il se décide à lui écrire une lettre de reproches qu'il remet à son sergent; le lendemain, comme il n'ignore pas que les lettres peuvent être ouvertes par ordre de l'autorité militaire, il s'imagine que le sergent a lu la sienne, qu'il en a parlé, que tout le monde, dans la compagnie, est au courant de ses inquiétudes et de ses infortunes, que les paroles les plus insignifiantes de ses camarades sont pleines d'allusions et de sous-entendus; en quelques semaines, il bâtit un système délirant dont sa jalousie forme le centre et il nous arrive dans un état d'excitation d'autant plus grand qu'il n'a pu obtenir les sept jours de permission qui lui auraient permis d'aller contrôler sur place la justesse de ses soupçons.

Un autre jaloux, qui est dans les tranchées depuis huit mois, est arrivé, par des interprétations analogues, à la conclusion que sa femme est enceinte de trois mois. Dur de lignes, âpre de parole, irritable et susceptible, il m'explique froidement qu'il a demandé et obtenu la permission à laquelle il avait droit; qu'il est allé dans le petit village de Bourgogne où il exerce la profession de maréchal, qu'il a constaté son infortune à quelques signes certains « parce qu'il connaît la médecine », et que sa femme sait maintenant ce qu'elle doit faire pour ne pas le déshonorer.

∴

Les débiles sont assez largement représentés dans notre statisique. De mars à décembre, nous en avons compté 185. Sur ce nombre, nous avons dû en renvoyer 110 à l'intérieur comme impropres au service de l'avant et en interner dans les asiles 55 qui présentaient des accidents délirants.

Parmi les premiers, beaucoup ont pu être employés à des services faciles ; mais quelques-uns aussi ont dû être réformés qui n'étaient propres à rien. J'en ai vu un qui ne savait pas s'il était en France ou en Allemagne, contre qui il se battait, quels étaient nos alliés ; un autre ignorait que nous étions en guerre et, dans l'hôpital où il était en observation, on n'a pas pu l'utiliser. même pour d'humbles travaux. Les conseils de revision qui avaient exempté autrefois ces débiles de tout service militaire, avaient sagement jugé. Ils étaient incapables de servir parce qu'avec des muscles et de la force il faut aux soldats d'aujourd'hui, qui ne se battent plus que rarement en masse compacte, beaucoup d'intelligence et d'initiative personnelle.

Parmi les débiles qui déliraient et qui ont été internés, il se peut que plusieurs aient dû leur accès aux fatigues et au surmenage de la guerre et la plupart, sinon tous, lui doivent le thème de leur délire.

C'est ainsi qu'en dix mois, dans la N[e] armée, nous avons connu des mystiques prieurs de la Vierge, des messies inspirés de Dieu et annonciateurs de la victoire, des visionnaires chers à Jeanne d'Arc et encouragés par la sainte à recommencer son épopée, des spirites protecteurs de nos armes et renseignés sur

les projets de l'ennemi par des esprits francophiles, etc., etc.

Le soldat de 2e classe Salloz a toujours été en excellents termes avec Jeanne d'Arc depuis qu'il est sorti de l'orphelinat religieux de X... La sainte, qui le protégeait dans sa modeste profession de vendeur de journaux, lui apparaît en rêve depuis la guerre et le renseigne sur l'avenir.

Il écrit au généralissime :

« Mon général,

« Je ne suis pas fou ; c'est par la voix de Dieu que je parle. Jeanne d'Arc, que j'ai vue en rêve, me dit d'aller vous trouver ; grâce à elle, j'ai su, trois mois avant la guerre, tout ce qui devait se passer..., etc. ».

L'infirmier Varin, débile, mystique, mégalomane, spirite et vraisemblalement dément précoce, se croit capable de communiquer avec l'eau-delà par un fluide dont il a le secret. A plusieurs reprises, il entretient le médecin de son ambulance des services qu'il pourrait rendre à l'état-major en lui indiquant les points faibles de l'ennemi, et les lieux où s'opèrent des concentrations de troupes. Quand je l'examine, il me raconte qu'il a des dons merveilleux d'intelligence et de voyance. Aux Eparges, il a vu des oies sauvages passer dans le ciel ; elles se sont mises à crier au-dessus de lui et ces cris étaient pleins de sens ; ils voulaient dire : « Vous êtes protégés ». Une autre fois, il a vu le Fils de Dieu qui descendait de sa croix en glissant et qui lui faisait un signe d'amitié. Quelques jours plus tard, comme il baissait la tête en entendant siffler un obus, il a vu la Vierge, de blanc vêtue, qui faisait un geste de protection.

Tous les soirs, quand il est couché, il entend la voix de Dieu le Père avec qui il a de longues conversations. Il présente, par ailleurs, de l'affaiblissement intellectuel et de l'indifférence affective.

M. Bonhöffer n'a pas parlé des débiles dans sa statistique ; apparemment, il range les cas de débilité parmi les cas de constitution psychopathique où il peut mettre un peu de tout et qui représentent d'après lui le 54 o/o des affections mentales et nerveuses de guerre.

MM. Hahn et Meyer ont trouvé, par contre, l'un 8 o/o et l'autre 7 o/o de débiles, et cette proportion paraît, à première vue, beaucoup plus faible que la nôtre qui est de 15 o/o, mais il faut considérer que MM. Hahn et Meyer font figurer dans leurs statistiques les épileptiques qui ne figurent pas dans la nôtre, ce qui diminue leur pourcentage, et que cette statistique, comme celle de M. Bonhöffer, n'a porté que sur les derniers mois de 1914 et les premiers mois de 1915, tandis que la nôtre porte sur toute l'année 1915 pendant laquelle nous avons incorporé beaucoup d'hommes, primitivement refusés pour des raisons diverses, par les conseils de revision.

D'autre part, M. Cimbal (1) a fait, dans le centre neurologique du IXe corps, des constatations très différentes de celles de M. Bonhöffer, de M. Hahn et de M. Meyer, puisqu'il parle d'un nombre « naturellement très élevé » de petits débiles.

L'auteur explique cette proportion en disant que,

(1) CIMBAL, *Psychosen und Psychoneurosen in 9. Armeekorps seit der Mobilmachung. Vortr. im ärztl. Verein in Hamburg, am 23. II, 1915.*

dans l'armée allemande, on évacue comme faibles d'esprit des soldats qui seraient très au-dessus de la moyenne dans les armées ennemies. Ainsi présenté, le fait apparaît bien comme général, et l'explication de M. Cimbal est si réjouissante que je n'ai pas voulu en priver le lecteur.

∴

Les alcooliques ont été très nombreux pendant le premier mois de guerre. C'est ainsi qu'au Val-de-Grâce, sur 131 malades présentant des troubles mentaux, on a eu, pendant le mois d'août 1914, 31 alcooliques, et, pendant le même mois, 38 alcocliques sur 65 aliénés dans les places fortes de Toul et de Verdun où l'on concentrait à cette époque les aliénés de notre région. Parmi ces 69 alcooliques, il y en avait 18 en état de *delirium tremens* parmi lesquels on a constaté 11 décès. C'étaient tous de vieux alcooliques, réservistes ou territoriaux, qui auraient eu mauvaise grâce à rendre la guerre responsable de leur vice ; mais ils avaient particulièrement bu pendant les journées de mobilisation, et la crise d'alcoolisme suraigu, où 11 d'entre eux ont succombé, tenait certainement à des libations récentes et répétées.

Après les premiers mois, leur nombre a considérablement décrû, à tel point que, dans les deux places fortes de Toul et de Verdun, on n'én a pas reçu un seul pendant le mois de septembre 1914. Pour toute la Nᵉ armée, le nombre des alcooliques hospitalisés dans les centres neuro-psychiatriques a été de 20 en mars, de 8 en avril, de 18 en mai, de 25 en juin, de 23 en juillet, de 20 en août, de 12 en septembre, de 10

en octobre, de 10 en novembre, de 16 en décembre, soit de 162 en dix mois.

Ce sont là des chiffres très peu élevés qui témoignent, au moins pour la Nᵉ armée, de l'efficacité relative des mesures prises contre l'alcool ; encore est-il besoin d'ajouter que les 162 alcooliques ainsi hospitalisés avaient, pour la plupart, des habitudes éthyliques anciennes, que ce sont encore — presque tous — des réservistes et des territoriaux, et que, s'ils ont abusé du vin quand ils ont pu s'en procurer, chez les débitants ou ailleurs, en sus de la ration réglementaire, c'est que, depuis longtemps, ils étaient portés à des excès de ce genre. Leur nombre, si peu élevé qu'il soit, pourrait être encore diminué si l'on voulait, comme le demandent quelques médecins, prendre contre le vin les mêmes mesures qu'on a prises contre l'alcool et en interdire l'usage en dehors du demi-litre ou des trois quarts de l'ordinaire ; mais il faut prendre garde qu'en prenant des mesures de ce genre, on atteindrait non seulement quelques alcooliques mais tous les soldats qui éprouvent un plaisir très légitime à vider quelques verres de « pinard » pendant les heures de repos.

Ce n'est pas trop, pour payer ce plaisir en dix mois, que 162 alcooliques, qui d'ailleurs ont repris presque tous leur service après une cure lactée et quelques bons conseils inutiles.

Au demeurant, et d'une façon générale, on peut dire que la guerre a entretenu et aggravé beaucoup plus d'alcoolismes anciens qu'elle n'en a créé de nouveaux ; mais, en revanche, la plupart des délires alcooliques, comme les délires précédents, ont dû aux événements militaires une coloration très explicable.

En temps ordinaire, comme le remarque le regretté Régis, les rêves des alcooliques sont surtout des rêves d'action ayant trait aux choses de la profession, aux événements du moment avec des péripéties dramatiques inventées par l'imagination du rêveur. Il en est de même du délire alcoolique, véritable rêve prolongé qui se déroule pendant le jour en faisant suite aux rêves de la nuit. « Ce sont, dit Régis (1), les mêmes épisodes poignants, les mêmes aventures baroques ou sinistres, les mêmes scènes tumultueuses et mouvementées. Dans le délire alcoolique comme dans le rêve, les hallucinations visuelles, qui revêtent d'ordinaire le caractère terrifiant et consistent surtout en visions d'animaux, de voleurs, d'assassins, de batailles, d'incendie et de mort, jouent un rôle capital et existent à l'exclusion à peu près complète de toute autre. »

Nos alcooliques délirants ont réalisé très exactement ce programme; mais comme beaucoup nous viennent des formations de l'arrière-front où ils exercent, en tant que territoriaux, des fonctions plus militaires que guerrières, un petit nombre seulement ont fait du délire de guerre proprement dit.

Villard, qui a des cauchemars la nuit, se réveille sans cesse en sursaut parce qu'il voit « les Boches » et il les voit encore, le jour, dans la grange où il est au repos pendant le temps du cantonnement; un matin, après une nuit particulièrement troublée, il charge ses camarades à la baïonnette en les prenant pour des ennemis, puis il se cache sous son lit en ayant l'air de se tenir aux écoutes. Il se rappelle quelques bribes de ce délire quand il en sort.

(1) *Traité de Psychiatrie*, 3e édition, p. 167.

Un autre, qui croit voir des serpents à sonnettes, se débat contre eux dans ses draps, et il raconte que, dans la tranchée, il a vu des camarades qui tiraient sur lui. Il s'est sauvé en criant jusqu'au village voisin et, près de la pièce où il a dormi, il sait qu'il y avait une vingtaine de « Boches » qui voulaient « lui faire son affaire ». C'est alors, dit-il, qu'il s'est mis à trembler et depuis lors il tremble ; mais son tremblement, de nature toxique, a une tout autre origine que l'émotion qu'il invoque pour l'expliquer.

D'autres arrivent, persuadés qu'ils vont être fusillés, et s'agitent dans un délire d'angoisse où les infirmiers les plus inoffensifs ont chance d'être pris pour des exécuteurs. Plus rarement le délire a été un délire d'agression.

La proportion des troubles mentaux d'origine alcoolique, par rapport aux autres psychoses, a été considérable chez les Allemands ; tandis que notre statistique (qui ne comprend pas les épileptiques), ne donne que 13 o/o, MM. Meyer (1) et Hahn (2) donnent 21 o/o ; (M. Bonhöffer (3) ne donne, il est vrai, que 10 o/o.) — D'autre part, comme ces statistiques ne distinguent pas assez entre la période de mobilisation et la période suivante, on ne peut pousser la comparaison avec la nôtre dans le détail. Je remarque seulement que M. Wittermann (4) ne tient pas les boissons alcooliques pour superflues, en campagne, dans la lutte contre le cafard, et que M. Rohde (5), qui dit avoir vu

(1) *In loc. citato.*
(2) *In loc. citato.*
(3) *In loco citato.*
(4) *Kriegspsychiatrische Erfahrungen aus der Front.* Münch. med. Wochenschr. 1915, n° 34.
(5) *In loco citato.*

peu de méfaits causés par l'alcool, le considère comme un agent prophylactique des maladies rhumatismales.

∴

Nous avons eu une proportion assez considérable d'affections dépressives du système nerveux. C'est ainsi que les accès de psychasthénie, de neurasthénie, de dépression, de mélancolie, ont été au nombre de 224 ; soit 10 en mars, 14 en avril, 22 en mai, 32 en juin, 20 en juillet, 31 en août, 26 en septembre, 24 en octobre, 22 en novembre et 23 en décembre.

Les affections de ce genre sont presque toujours liées à des prédispositions personnelles ou héréditaires et bien qu'on risque de se tromper souvent en leur attribuant telle ou telle cause extérieure, il en est beaucoup cependant où l'influence occasionnelle de la guerre n'est pas niable.

Elle ne l'est pas notamment en ce qui concerne les psychasthéniques douteurs et obsédés chez lesquels l'ouverture et le début des hostilités ont provoqué des accès bien caractérisés d'obsessions et de doutes. En général, les sujets de ce genre sont des infirmes de l'action, capables de raisonner dans l'abstrait et dans la logique pure mais insuffisants dès qu'il s'agit d'aborder le réel et de le dominer avec une attention, une volonté et une affectivité adaptées aux circonstances présentes. Tant qu'ils peuvent éviter les occasions de surmenage physique et moral, tant que la vie ne leur offre pas de difficultés trop grandes à surmonter, ils sont capables d'une adaptation relative et se conduisent comme les autres hommes, à cela près que leur constitution se manifeste par des

obsessions fugitives ; mais, qu'un événement imprévu provoque des préoccupations ou des fatigues épuisantes, ils font une crise aiguë de psychasthénie, avec son cortège accoutumé d'idées fixes, d'obsessions, d'agitations, d'angoisse et de doute.

Les obsédés constitutionnels, chez lesquels la guerre a provoqué des crises, sont en général des sujets auxquels elle apportait une responsabilité plus grande et par conséquent des gradés.

L'un d'eux, officier des plus distingués et des plus méritants, me disait :

« Je ne peux plus donner un ordre sans le retirer quelques instants après ; je pèse toutes les conséquences possibles et je prévois les pires ; le souci que j'ai de bien faire me paralyse, je ne suis plus qu'indécision et contradiction. »

Et comme je lui conseillais de prendre un congé de quelques semaines :

« Je l'ai déjà, me disait-il, mais je n'ose pas me montrer dans les rues, car tous les gens qui me connaissent s'étonnent que je ne sois pas au front et font certainement les réflexions les plus désobligeantes. Ils doutent de mon courage et, après tout, ils ont raison ; qui sait si je ne manque pas de courage ? c'est peut-être mon courage qui faiblit et non ma raison qui hésite. »

Un autre, sorti du rang et parvenu péniblement jusqu'au grade de capitaine, était hanté par l'idée qu'il était au-dessous de son grade, qu'il n'avait pas l'intelligence nécessaire pour commander sa compagnie, et, dans l'hôpital où je le voyais, il avait des crises d'anxiété à l'idée qu'il pourrait être obligé de reprendre ses fonctions.

« Qu'on me rétrograde, disait-il ; je ne me porterai

bien et ne pourrai faire mon devoir que si je suis rétrogradé. »

Ce sont là des obsessions professionnelles, bien connues comme telles. Bramwell a cité le cas d'un médecin qui n'osait plus faire une ordonnance, et Pierre Janet a signalé des sentiments de ce genre chez des psychasthéniques de toutes professions, le professeur, le violoniste à l'orchestre, le maréchal, le maçon. Il faut toutefois reconnaître que les choses ne se passent pas toujours d'une façon aussi simple et que la guerre peut produire la crise, sans colorer an aucune manière les phobies et les idées obsédantes. Le lieutenant Lardet, par exemple, a fait, à la suite de fatigues et de surmenages physiques, un accès de psychasthénie qui n'était pas le premier ; mais, dans son accès, il s'est complètement désintéressé de la guerre et n'a repris que des obsessions anciennes ; il pensait sans cesse à l'idée qu'il avait pu souiller le corps de Dieu pendant la communion, il était hanté d'idées impies et obscènes à l'égard de la Vierge ; il avait les mêmes idées à l'égard de sa mère ; il luttait contre ces idées, les écartait, les jugeait absurdes pour les reprendre ensuite malgré lui ; il faisait de même pour l'idée de suicide et jamais il n'a emprunté à la guerre ni aux événements actuels un sujet quelconque de phobie ou d'obsession. Il eût vécu il y a trois siècles qu'il n'eût pas fait autrement sa crise de psychasthénie.

Daus bien des cas, le psychasthénique, qui se trouve en proie à la dépression et au doute et qui a le sentiment de son impuissance, éprouve le besoin de tonifier son système nerveux, de relever sa volonté par des excitations diverses et c'est l'origine de bien des impulsions obsédantes : impulsions à absorber

du vin, du café, de l'alcool, de l'éther, de la morphine, qui se réalisent le plus souvent et, apportant en effet au malade une sorte d'excitation physique, le débarrassent momentanément de ses obsessions et de ses doutes ; impulsions à tuer, à voler, à incendier, qui ne se réalisent guère chez le psychasthénique, mais qui lui sont utiles cependant par l'émotion qu'il éprouve à les redouter, tout en sachant bien, dans le fond de son cœur, qu'il ne leur cèdera pas ; chaque fois qu'il se sent trop malheureux, trop dominé par ses doutes et ses scrupules, il réveille l'impulsion qui dort, il la cherche, il vérifie qu'elle est toujours là, parce qu'il a besoin de l'excitation douloureuse qui l'accompagne (1).

Il faut connaître cet état d'esprit si spécial pour comprendre l'observation qui suit : c'est celle d'un grand douteur, le soldat de 2e classe Jean Vier, pianiste dans un théâtre du boulevard, qui a été de tout temps sujet aux obsessions et aux scrupules, et chez qui la constitution psychasthénique est particulièrement marquée. Déjà, en 1895, il a fait une crise d'obsessions si grave qu'on a dû l'interner à Sainte-Anne. Jean Vier avait alors des incertitudes au sujet de toutes les actions qu'il avait faites ; sortait-il d'une conversation, il se demandait ce qu'il avait pu dire et quelles seraient les conséquences de ses paroles ; il doutait de ce qu'il avait lu, de ce qu'il avait écrit.

Dans la rue, il comptait le nombre des fiacres ; dans les omnibus, le nombre des voyageurs ; dans les allées, le nombre des arbres, et, huit ou dix fois le jour, il se lavait les mains parce qu'il les croyait souillées par

(1) Cf. Pierre Janet, *Les Obsessions et la Psychasthénie*, p. 597-598. Paris, F. Alcan, 1903.

tous les contacts ; à la vue d'une lame tranchante, il frissonnait en se disant qu'il pourrait se blesser et il se sentait anxieux, inquiet, oppressé. S'il luttait contre ses obsessions, s'il essayait de ne pas compter, de ne pas se laver les mains, de ne pas regarder sous son lit, c'étaient des préoccupations, des angoisses et des impulsions croissantes auxquelles il finissait par céder.

La nuit, il dormait mal et, s'il s'éveillait tout à fait, il se livrait à des examens de conscience sans fin.

Comme tous les psychasthéniques, il avait pleine conscience du caractère pathologique de son état et, dans les moments de répit, il jugeait cet état avec une parfaite lucidité.

Il a guéri en cinq mois et, pendant huit ans, il a été à peu près normal jusqu'au moment où s'est déclarée une crise nouvelle qui paraît bien être, comme il le pense, provoquée par les fatigues des premiers mois de guerre.

« A la suite des émotions et fatigues que j'ai ressenties, écrit-il, j'ai vu revenir de nouveau mes anciennes obsessions, tout en me rendant compte de leur puérilité. Après avoir écrit une lettre, j'ai la certitude d'avoir fait des fautes et je me relis plusieurs fois. Quand j'ai fermé ma lettre je suis obligé de l'ouvrir. Je me tourmente également une fois que je l'ai déposée dans la boîte ; je me dis qu'elle est peut-être tombée à côté. La même chose m'arrive pour les portes que j'ai fermées, pour le gaz, pour les allumettes, pour une conversation avec un médecin, un ami, un directeur de théâtre ».

Jean Vier a encore la phobie obsédante de la poussière, de la sâleté, des assiettes et des verres mal lavés, des boutons de porte ; il ne boit pas dans le quart de

ses camarades par crainte d'une contamination possible et il a l'horreur des blessures et du sang.

« Ce n'est pas, écrit-il, que je manque de courage ; je me suis mentalement résigné plusieurs fois à la mort ; mais le sang ou l'idée même du sang me causent une impression infiniment pénible ; je n'ai jamais pu assister au sacrifice d'une poule, d'un lapin, encore moins d'un porc ou d'un bœuf, et, pendant la halte, au cantonnement, je me suis sauvé pour ne pas voir tuer un bœuf ou saigner un cochon. Ce ne sont pas là des aveux héroïques pour un soldat qui revient de la guerre, mais je ne puis commander à mes nerfs et à ma sensibilité. »

Par-dessus tout, la vue des morts le fait souffrir :

« Les morts du champ de bataille, affreusement mutilés, tombés dans la boue et le sang et abandonnés dans leur décomposition me donnent le frisson ; leur vue, sous la clarté crue du jour, m'est pénible au delà de toute expression et me poursuit la nuit. »

Le hasard a voulu que ce douteur, cet hésitant, ce phobique, ce déprimé qui ne pouvait supporter la vue ni l'idée du sang, fût mêlé à la plus terrible des guerres et qu'il vît des spectacles infiniment plus horribles que tous ceux que son imagination avait pu concevoir.

Un jour, désigné comme homme de liaison, il a dû traverser un bois de sapins qu'un combat récent avait rempli de morts et, dans une clairière, il a trouvé des cadavres qui gardaient des attitudes théâtrales et tragiques.

« Jamais, dit-il, dans mes souvenirs d'enfance, je n'ai ressenti pareille impression de cauchemar, et Grévin, dans ses souterrains, n'a jamais groupé de tels personnages en des mises en scène aussi réalistes ni imaginé de si terribles blessures. »

« J'ai baptisé ce bois le bois de la mort et jamais je n'oublierai l'homme au crâne fendu, aux yeux grands ouverts, ni le turco au grand cri muet. »

Depuis lors il est hanté par le souvenir de ce spectacle ; il ne peut le chasser de son esprit ; il le retrouve dans ses rêves.

Eh bien, c'est vers ce spectacle horrible que ses impulsions obsédantes ont porté Jean Vier. Comme tous les psychasthéniques, il avait le sentiment de l'insuffisance de sa vie émotionnelle et, dans le doute et le vague où sa pensée s'agitait, il éprouvait le besoin d'une émotion forte qui le réadaptât au réel en lui donnant la sensation aiguë de la vie. Quand ce besoin était particulièrement intense, il pensait à l'horreur du bois de sapins, il se sentait à la fois attiré et épouvanté ; il luttait pour ne pas retourner vers ce bois, mais il savait bien qu'il serait vaincu dans la lutte et le pressentiment de sa défaite le tonifiait déjà, en le faisant souffrir. Puis, il finissait par céder. A plusieurs reprises, m'a-t-il dit, il est allé, quand il a pu le faire, repaître ses yeux du spectacle qu'il redoutait. Il quittait le cantonnement, plein de crainte et de désir, il pénétrait dans le bois de sapins, il gagnait la clairière tragique et là, plein de volupté et d'horreur, il relevait son système nerveux déprimé et sa volonté défaillante en regardant les morts. Il y en avait une douzaine, les uns couchés sur le dos, les autres encore accroupis ou agenouillés. L'un d'eux avait les deux mains appuyées sur la terre, et le front, légèrement baissé, montrait la boîte crânienne vide. Un autre ouvrait la bouche comme pour crier.

J'ai compté 9 accès de psychasthénie sur les 224 cas d'affections dépressives.

Parmi les accès de mélancolie qu'on peut attribuer

au surmenage de la guerre, il est bon de faire une distinction entre les accès de mélancolie délirante avec douleur, anxiété, remords, idées de culpabilité, d'humilité, de ruine, et les accès de dépression pure et simple, avec tristesse vague et ralentissement de toute l'activité mentale.

Les premiers ont été rares, au moins sous la forme classique dont je viens de rappeler les traits principaux. La plupart du temps, on avait affaire à des crises d'agitation douloureuse chez un sujet fatigué par la vie des tranchées, qui se tourmentait par ailleurs d'être loin des siens ou qui ne recevait pas de nouvelles de sa famille, restée dans les régions envahies. Quelques-uns ont fait une crise de douleur et de désespoir, qui a duré plusieurs jours, à la suite d'une émotion brusque et pénible ; tel le soldat Alberti qui avait trouvé son frère mort sur le champ de bataille. Chez 10 seulement, j'ai trouvé de véritables mélancolies délirantes, cliniquement caractérisées et présentant d'ailleurs de grandes analogies. Presque tous les malades s'accusaient d'être de mauvais soldats, de n'avoir pas fait leur devoir, se déclaraient indignes de reprendre du service et réclamaient des sanctions.

L'un d'eux tombait de temps à autre en prières, se frappant la poitrine et la tête avec les poings, au risque d'excorier une tumeur sébacée qui faisait saillie sur son crâne, et il s'accablait de reproches, avec un bon accent d'Alsace qui semblait ajouter à sa sincérité. Le soldat territorial Mollis, mobilisé depuis le 20 août 1914, est assez représentatif de cette catégorie. Il a été, très exactement, dix mois dans les tranchées et il a toujours fait son devoir jusqu'au moment où, déprimé par l'ennui, la nostalgie, les émotions et les fatigues, il a cessé de se mêler à ses camarades,

leur a paru renfermé, bizarre d'allures et pessimiste dans les rares propos qu'il tenait. Puis ç'a été l'accès très net d'anxiété et de délire ; il se reproche ses propos pessimistes, s'accuse de n'avoir pas été honnête dans les distributions de tabac qu'il a faites à ses camarades, d'avoir divulgué certains renseignements qu'il croyait avoir sur la position d'un régiment et d'avoir conté, dans ses lettres à sa femme, des choses qu'il devait taire ; il dit qu'il va passer pour un traître, qu'il sera le déshonneur de sa famille, qu'il sera déféré, comme il le mérite, à un conseil de guerre, qu'on le fusillera, et il se livre à la mimique habituelle de l'angoisse et du désespoir. Quand il me voit entrer dans sa chambre, il pense que je viens pour instruire son affaire, et il demande que l'instruction soit courte pour que le châtiment soit prompt.

Il a déjà eu un accès, il y a dix ans, de sorte que, dans la crise actuelle, il convient de faire une part très considérable à la prédisposition, mais il paraît difficile de contester l'influence des causes occasionnelles que j'ai dites.

Les simples déprimés sont sensiblement plus nombreux que les mélancoliques agités ou délirants. Il y en a eu 26 en juin, 18 en juillet, 27 en août, et 160 dans la période dont je parle. Quelques-uns ne donnent pas de raison morale pour expliquer leur dépression et la subissent passivement ; ceux qui en donnent varient peu : presque tous invoquent la longueur de la guerre, la fatigue, la nostalgie.

Pendant les mois de juin, de juillet et d'août 1915, plusieurs ont donné, comme raison de leur tristesse, le bruit qui commençait à se répandre dans la tranchée qu'une campagne d'hiver serait très probablement nécessaire.

Une vingtaine, tout au plus, ont fait un accès de dépression mélancolique franche avec ralentissement des associations d'idées, tristesse et indifférence, aboulie et ralentissement de l'activité motrice. Le plus grand nombre, assez difficiles à classer, présentent du découragement, de la fatigue, parfois quelques obsessions et se rangent dans une zone intermédiaire entre la mélancolie et la neurasthénie.

Chez d'autres, une trentaine environ, la dépression mentale s'est accompagnée de signes physiques et mentaux de neurasthénie : insomnie, céphalée, asthénie neuro-musculaire, irritabilité, etc., etc.

Un cas assez curieux, qui tient à la fois de la psychasthénie anxieuse avec conscience et de la dépression simple, est celui de Falabret, lieutenant de territoriale.

Il paraît bien avoir hérité de sa mère ce que les aliénistes appellent une constitution cyclothymique ; cette constitution s'est manifestée par plusieurs périodes d'excitation, et, finalement, par un accès de mélancolie dépressive qui a commencé en 1911. « Depuis lors, dit le rapport médical des docteurs Briand et Delmas, la joie de vivre a fait place à une humeur sombre, la loquacité au mutisme, l'exubérance à l'inertie. L'optimisme habituel a été remplacé par une tendance à l'inquiétude et à la peur des responsabilités ; mais ç'a été du côté intellectuel, plus encore que du côté affectif, que s'est manifesté le changement. « La facilité pour le travail s'est éclipsée, non seulement par manque de goût mais surtout par ralentissement des opérations mentales. »

« Quand je voulais écrire, dit le malade, je me heurtais à une impuissanre de production telle qu'il m'ar-

rivait de rester de longs instants à chercher une phrase ou même un mot. »

Il avait pris un long repos à la campagne et il était très amélioré mais non guéri, lorsqu'il fut appelé, au moment de la mobilisation, à servir comme lieutenant dans un bataillon territorial. Pendant deux mois, il put, tant bien que mal, remplir ses fonctions, mais, vers le mois d'octobre, et sans doute à la suite de ses fatigues et de ses préoccupations nouvelles, son état s'aggrava soudain.

Il devient triste, inquiet, anxieux ; il se représente des scènes de combat et s'angoisse à se les représenter ; il se figure qu'il ne va pas pouvoir prendre une initiative, s'habiller, aller de l'avant, commander. Il prévoit les pires catastrophes et les pires sanctions il se voit déjà fusillé pour s'être montré incapable d'exercer son commandement.

Puis c'est l'idée de la peur qui le poursuit ; bien que d'un naturel courageux, il craint de n'être pas assez brave ; il a peur d'avoir peur au moment du danger. Tous les soirs, il se couche après le dîner avec l'espoir de dormir un peu, mais il s'éveille brusquement vers onze heures, avec les mêmes pensées terrifiantes et la même conviction qu'il sera impuissant à surmonter la peur dont il a honte.

Invité par les docteurs Briand et Delmas à formuler avec précision quelques-unes de ses craintes, il écrit :

« Dans mon service, je n'étais plus à ce que je faisais. Si nous allions au tir, je m'imaginais constamment être à la place des cibles et j'éprouvais une sensation d'angoisse plus forte que jamais. En faisant exécuter une tranchée à mes hommes, j'ai ressenti la même terreur parce que je me représentais la scène qui se

passerait si cette tranchée était réellement faite pour se battre, et, là encore, je me voyais défait, tremblant, incapable de prendre une décision, de jeter un commandement, d'avancer ou de reculer, en un mot une loque lamentable. En marche, je peuplais la campagne d'ennemis, et c'était encore, toujours, la même impression. »

A la suite de ses angoisses et de ses craintes, dont il apprécie parfaitement le caractère morbide, le lieutenant Falabret a connu l'obsession de devenir fou, puis l'obsession du suicide et c'est à sa femme qu'il a dû de ne pas succomber à cette dernière obsession.

A l'hôpital, où je le vois, il est en proie à de nouvelles craintes. Bien portant en apparence, il redoute l'appréciation des officiers malades ou blessés avec lesquels il vit. Souvent, pris d'angoisse, il vient me demander un peu de réconfort : il me dit tous les efforts qu'il a faits pour se dominer, toute la bonne volonté qu'il a dépensée depuis trois mois et dont je ne doute pas. Il ne peut être accusé de lâcheté et il a tout à fait le droit d'écrire comme il le fait :

« J'ai la conviction de ne pas être responsable de ma défaillance puisqu'elle me fait horreur et puisqu'en la révélant à mon chef et aux médecins qui m'ont vu, j'espérais la faire cesser ».

∴

Je pourrais parler encore d'affections beaucoup plus rares dans l'armée, telles que la manie et la démence précoce, mais, sur les 15 maniaques et les 16 déments précoces que j'ai vus, je n'ai rien à dire que je n'aie déjà dit ; il s'agit toujours d'un délire

plus ou moins coloré par les événements et d'une psychose ou d'un simple accès qui ont pu être provoqués, chez des prédisposés, par les fatigues et le surmenage émotionnel de la guerre.

Je n'insiste pas et me contente de signaler que les Allemands sont d'accord avec nous pour constater la rareté relative des accès de manie par rapport aux accès de dépression mentale et par rapport aux manifestations des autres psychoses. En ce qui concerne la Ne armée, la proportion des manies serait de 1,2 o/o, et celle des affections dépressives de 18 o/o, mais, en présence de ce dernier chiffre, il est bon de rappeler que nous avons classé sous le nom d'affections dépressives beaucoup d'accidents atypiques et que 30 malades seulement, soit le 4 o/o, ont fait de la mélancolie délirante ou de la mélancolie dépressive nettement caractérisées.

Je laisse également de côté un certain nombre de malades atteints de confusion mentale d'origine paludéenne ou toxi-infectieuse, d'exagérateurs, de demi-simulateurs et d'émotifs créés par les diverses émotions de la guerre plus que par celles des batailles ; j'aurai l'occasion de parler de malades analogues ou identiques quand je traiterai de grandes émotions des batailles ou de leurs conséquences plus ou moins lointaines et je préfère consacrer quelques lignes à un groupe d'esprits dont le hasard m'a fait connaître certains échantillons et qui se répartissent dans plusieurs des catégories précédentes : le groupe des aliénés inventeurs dont la guerre a surexcité l'activité créatrice ou provoqué les premières manifestations.

Un très-grand nombre de ces derniers malades peuvent être classés dans une catégorie où nous avons déjà rencontré des prophètes, celle des débiles.

L'un d'eux, soldat du service auxiliaire, écrit :

« Il m'est annoncé par des sages, par des esprits, par des voix célestes, des projets multiples; par exemple celui d'une machine mécanique ayant un moteur à force centrifuge, se mouvant seule, produisant une force motrice considérable, et ceci sans aucun élément combustible. »

L'inventeur ajoute :

« La guerre m'a été annoncée par un songe, le 23 juillet 1914. Un ange habillé de bleu volait dans le ciel pur : il passa près de moi et me dit : « Puisque tu es seul sans ta femme et tes enfants, bien des hommes subiront le même sort. » L'esprit saint me frappa subitement et je vis la guerre déclarée qui amena les séparations annoncées. »

Un autre, très probablement versé dans les choses de l'occultisme, se charge de terminer la guerre à notre avantage, si on veut bien mettre à sa disposition « une bibliothèque de psychologie ».

Un troisième a trouvé un moyen de provoquer une dépression nerveuse intense chez tous les Allemands des tranchées en leur jouant, à cinquante mètres de distance, pendant la nuit de Noël 1915, les hymnes qu'on a coutume de jouer en Allemagne au moment de cette fête :

« Nul doute, écrit-il, que ces hymnes si graves et si touchants ne provoquent chez les Germains un abattement et une perte d'énergies qui vaudra mieux, pour notre cause, qu'un envoi copieux de projectiles. »

Il conclut, avec une lueur de sens critique :

« Cette idée peut paraître saugrenue : elle ne l'est pas. »

Un quatrième propose de créer dans l'air des obser-

vatoires immobiles et il donne sa recette : attacher deux avions par une corde, les faire voler en cercle dans le même sens, dans le même plan et avec la même vitesse, la corde tendue formant le diamètre du cercle décrit. Au milieu géométrique de la ligne droite formée par la corde il suffira d'accrocher, au moyen d'une suspension appropriée, une plate-forme immobile d'où l'on pourra sans peine observer l'ennemi.

On pense malgré soi aux inventions proposées par de célèbres humoristes et on croirait à des fantaisies si le contexte, le style et souvent l'orthographe ne garantissaient la sincérité de l'inventeur.

Ce qui frappe d'ailleurs dans toutes ces inventions de débiles, c'est la pauvreté de l'imagination ; il n'est question que de souterrains longs de deux cents kilomètres et allant jusque dans les pays ennemis, de germes morbides transportés par aéroplanes et répandus sur les villes allemandes, de nuages de plâtre poussés vers les tranchées, c'est-à-dire d'idées banales dans leur absurdité et qui ont fleuri dans des conversations de café avant de finir dans un cerveau faible.

Sans doute, nous avons vu tant d'inventions réalisées depuis vingt-cinq ans, et de si étonnantes, qu'on doit y regarder à plusieurs fois avant de traiter d'absurde l'idée d'un inventeur, mais il ne s'agit pas seulement de l'idée, il s'agit de la psychologie des inventeurs eux-mêmes qui se traînent dans tous les chemins battus et ne se doutent pas qu'une idée n'est rien si on n'indique pas le moyen de la rendre réalisable et pratique.

D'autres inventeurs, qui ne sont que des persécutés revendicateurs, rentrent manifestement dans le cadre des aliénés raisonnants.

Ils se plaignent qu'on leur vole leurs inventions,

qu'on leur vole la fortune et la gloire qui doivent leur revenir et ils assaillent les autorités de leurs réclamations et de leurs plaintes.

J'en ai connu deux de cette catégorie et nous en connaîtrons certainement beaucoup, après la guerre, si le Ministère de l'Instruction publique et des Inventions veut bien ouvrir ses archives aux aliénistes.

Je n'ai pas assez de renseignements pour classer, avec certitude, dans cette catégorie un sergent qui propose, par lettre, d'installer une agence spirite destinée à intercepter les projets, les pensées et les plans de l'ennemi par l'utilisation des ondes herziennes de l'esprit. Il déclare qu'il est également en mesure de ressusciter les morts mais il ajoute modestement qu'il ne réussit pas toujours. Il ne peut ressusciter que les morts dont le corps n'est pas trop abîmé par la mitraille, l'âge et les maladies, c'est-à-dire le 10 o/o environ. Il se plaint qu'on n'ait pas répondu à ses propositions précédentes, qu'on l'ait déjà pris pour un fou ; il dit vouloir éviter, autant que possible, une nouvelle visite du médecin aliéniste, et sa lettre, qui présente des garanties incontestables de sincérité, est, par ailleurs, pleine de tenue.

∴

Et voilà comment, à ma connaissance, la guerre a pu colorer des délires et provoquer indirectement des crises mentales. Il me reste à parler des malades qui doivent leurs troubles mentaux ou nerveux à l'horreur qu'ils ont éprouvée devant certaines scènes de bataille ou bien aux émotions et aux commotions des bombardements, et dont j'ai compté 348 cas de mars 1915 à janvier 1916 ; mais, dès maintenant, une con-

clusion générale et rassurante peut être formulée d'après notre statistique ; c'est que le nombre des affections mentales ou nerveuses produites directement ou indirectement par la guerre a été très restreint.

S'il m'était permis d'indiquer, même approximativement, le chiffre total des militaires de la N[e] armée pendant la période en question, on verrait, avec évidence, que mes 1188 malades représentent une proportion des plus faibles (1).

Il résulte des articles de M. K. Birnbaum (2) que les médecins allemands auraient eu l'occasion de faire des constatations analogues sur la proportion des troubles mentaux et des troubles nerveux qui se sont produits dans l'armée allemande. M. Stransky (3) se fonde sur ces constatations pour opposer la résistance nerveuse de la race allemande à la fragilité nerveuse de la race latine, et M. Nonne (4) en prend prétexte pour prôner la supériorité de l'éducation allemande à la maison et

(1) Nous devons ajouter toutefois que le chiffre de 348, indiqué très exactement pour les émotionnés et les commotionnés de nos centres, était certainement inférieur au nombre de ces malades que notre armée a produits. Nous n'avons pu, en effet, tenir compte ni des commotionnés blessés dont il sera question plus tard et qui ont été dirigés sur les centres chirurgicaux à cause de leurs blessures, ni des petits émotionnés et commotionnés qui ont été gardés et traités à l'ambulance sans être évacués sur nos centres, ni de quelques malades plus gravement atteints qui, dans les premiers mois de notre organisation, furent dirigés directement sur l'intérieur, sans passer par nos centres.

(2) BIRNBAUM, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Kriegsneurosen und-psychosen*, 1915 : Band XI, H. 5 ; Band XII, H. 1. 1916 : Band XIII, H. 4.

(3) STRANSKY, Einiges zur Psychiatrie und Psychologie in Kriege. *Wiener med. Wochensch.*, 1915, n° 27.

(4) Cf. BIRNBAUM, 2[e] article, p. 9.

à l'école, la supériorité de l'alimentation, etc., etc. On peut voir, par nos quelques chiffres, que ces deux auteurs, qui n'avaient d'ailleurs aucune espèce de renseignements sur la résistance nerveuse de l'armée française, se sont trop hâtés d'interpréter et de conclure.

CHAPITRE II

DES TROUBLES MENTAUX CONFUSIONNELS PROVOQUÉS PAR LES ÉMOTIONS ET LES COMMOTIONS.

Ce serait une erreur de croire que les émotions des batailles et les commotions des bombardements, si violentes qu'elles aient été, ont créé une espèce ou même une variété de troubles mentaux ou nerveux et qu'elles nous obligent à ouvrir en neuro-psychiatrie un chapitre nouveau.

Les termes de « délires de guerre » ou de « psychoses » et de « névroses de guerre », assez souvent employés, peuvent donner le change, mais, en fait, nous connaissions déjà les troubles mentaux et les troubles nerveux que la guerre a produits avec une abondance toute particulière ; nous avions vu, depuis longtemps, ces troubles se manifester sous l'influence des secousses émotionnelles, des surmenages émotionnels, et des ébranlements organiques. Ce que la guerre nous a permis, grâce à l'abondance même et à la diversité des cas, ç'a été de pénétrer un peu plus avant dans l'analyse et de compléter, sur certains points, nos connaissances. A ce titre, l'étude des troubles

mentaux et des troubles nerveux directement provoqués par la guerre offre un très grand intérêt.

∴

L'éclatement d'un obus à proximité peut provoquer, sans blessure apparente et d'une façon subite, des troubles neuro-psychiques divers.

La commotion cérébrale proprement dite, le plus fréquent de ces accidents, est un syndrome qui succède immédiatement à un choc physique de la boite cranienne et qui se caractérise cliniquement par une perte de connaissance complète, après laquelle le malade garde d'ordinaire l'amnésie de l'accident et présente pendant quelques jours, de la courbature, de la céphalée, du ralentissement du pouls, ainsi que de la tendance aux nausées et aux vomissements. La commotion peut être directe, quand le traumatisme agit directement sur le crâne, ou indirecte, après une chute sur les genoux, les fesses, etc., etc.

En général, dans les commotions cérébrales par éclatement d'obus à proximité, les malades ont été soulevés, projetés à distance par le vent de l'éclatement, ensevelis sous la terre, atteints par l'éboulement d'un parapet de tranchées ou par l'effondrement d'un blockhaus. La perte de connaissance dure peu (de quelques instants à quelques heures). Dès qu'elle cesse, le malade revient très vite à la lucidité; il est conscient et orienté ; on ne constate guère qu'un peu de somnolence et de torpeur passagères.

La commotion cérébrale ainsi définie guérit, en général, sans laisser de séquelles. Il peut exister cependant, dans certains cas, des lésions minimes,

hémorragiques notamment, après lesquelles surviennent des altérations très légères des réflexes et de la sensibilité. Ce sont là des cas de transition entre les cas de commotions cérébrales simples et les cas les plus graves où l'on rencontre du coma ou des signes de lésions en foyer.

En dehors de ce syndrome, pour lequel il y a lieu de conserver, à notre avis, le terme de commotion cérébrale qu'on lui donnait avant la guerre, on doit faire place à un syndrome, qui n'est pas la conséquence d'un choc direct ou indirect sur le crâne mais d'un traumatisme global qui atteint l'organisme tout entier et le système nerveux par les voies les plus différentes.

Les sujets, dans le voisinage immédiat desquels l'explosion se produit, ne sont pas nécessairement soulevés ou projetés à distance ni frappés par des matériaux ; quelques-uns restent même dans la position où l'explosion les surprend, accroupis, agenouillés, couchés, s'ils peuvent garder cette position sans un effort de volonté ; d'autres sont renversés sur place ou roulés par l'air violemment refoulé. Le choc aérien exerce une pression violente et brusque sur les organes sensoriels, notamment sur ceux de la vue, de l'ouïe et de l'équilibre, sur la surface de la peau et sur les organes diffus de la sensibilité cutanée ; à travers la paroi abdominale sur les viscéres et sur les nerfs de la sensibilité viscérale, notamment sur les nerfs des plexus solaire et hypogastrique. En comprimant la paroi abdominale, il augmente subitement la pression dans tousles réseaux vasculaires internes, y compris les réseaux cérébraux et médullaires, etc., etc.

A la suite de ce choc global et profond, les hommes présentent d'ordinaire, mais pas d'une façon aussi

constante que dans la commotion cérébrale, une perte de connaissance qui peut durer de quelques instants à quelques heures, et, sous une forme plus durable, de l'inertie, de l'hypotonus musculaire, du refroidissement périphérique, de l'hypotension artérielle; assez souvent de l'accélération ou du ralentissement du pouls, une vivacité particulière et beaucoup plus rarement un affaiblissement des réflexes cutanés, tendineux et vaso-moteurs, assez souvent de la rigidité pupillaire, de la mydriase, ou bien de la vivacité des réflexes lumineux s'associant parfois avec une mydriase incomplète, et dans l'ordre mental, de la dépression avec un ralentissement des processus pouvant aller jusqu'à la torpeur.

On ne se trouve plus seulement en présence, comme dans la simple commotion cérébrale, d'une inhibition diffuse et passagère des fonctions sensori-motrices et intellectuelles du cerveau, mais de troubles multiples où l'inhibition et l'excitation prédominent suivant les fonctions et les sujets et qui, selon toute vraisemblance, traduisent non seulement une atteinte des centres cérébraux mais une atteinte, plus ou moins profonde, des centres de la vie végétative, les centres bulbaires.

Beaucoup de ces troubles, ceux qui relèvent de l'inhibition, et notamment le refroidissement périphérique, l'hypotension artérielle et la dépression, sont à rapprocher des troubles signalés si souvent dans le shock nerveux. Beaucoup d'autres, notamment ceux qui s'expriment par la vivacité des réflexes cutanés et tendineux, par l'exagération et le déséquilibre des réflexes vaso-moteurs, par la vivacité des réflexes lumineux, etc., traduisent au contraire l'excitation, et l'excitabilité qu'ils révèlent peut persister

longtemps comme séquelle. Même quand ils manquent au début, ce qui est fréquent, les signes d'excitation tendent à se développer dès qu'ils apparaissent; ils envahissent peu à peu la scène à mesure que les troubles inhibitoires se dissipent et ils l'occupent tout à fait quand ces troubles se sont dissipés.

Le plus souvent, la commotion cérébrale et la commotion générale sont associées et c'est la raison pourquoi il peut arriver qu'on les confonde, mais, dans bien des cas, les deux syndromes se présentent à l'état pur.

Si on considère maintenant, dans l'éclatement de l'obus, non pas l'effet organique de l'explosion mais l'émotion très intense qui résulte de cette explosion et, d'une façon générale, si on considère les effets des émotions violentes liées à des spectacles d'épouvante ou d'horreur, on se trouve en présence d'un troisième syndrome, que nous avons proposé, avec le Dr Delmas, d'appeler raptus émotif. Ce syndrome se caractérise non seulement par un désordre émotionnel où la terreur domine, mais encore par une période d'obnubilation psychique au cours de laquelle le sujet exécute des mouvements de fuite désordonnés. Lorsque le sujet est cloué sur place par l'émotion, le terme d'ictus émotif, proposé par Dupré, conviendrait mieux que celui de raptus. Il y aurait ainsi un raptus caractérisé surtout par des phénomênes d'excitation et un ictus caractérisé surtout par des phénomènes d'inhibition.

L'évolution de ce raptus ou de cet ictus est d'ordinaire très courte. Le sujet se ressaisit souvent au bout de quelques minutes, soit spontanément, soit sous l'influence de l'entourage qui l'accueille, le rassure et le calme.

Au raptus et à l'ictus succède d'ordinaire, sous forme d'hyperémotivité, un syndrome qui peut persister des mois et des années à un degré plus ou moins marqué.

Quand la commotion s'associe à l'émotion, le traumatisme physique, qui supprime la conscience des sujets ou paralyse leurs réactions, met fin à l'émotion ou ne permet pas à la plupart de ses expressions et notamment aux expressions musculaires de se manifester ; mais il va de soi par ailleurs que si la commotion organique est faible l'émotion est d'autant plus apparente, et que de « petits commotionnés », qui ne perdent pas connaissance, peuvent présenter des manifestations très marquées d'ictus ou de raptus.

Je n'ai pas l'intention d'étudier ici ces trois syndromes ; si j'ai voulu les définir, c'est parce qu'ils précèdent ou accompagnent souvent, chez un même sujet, les accidents neuro-psychiques dont je vais m'occuper plus spécialement, et que plusieurs d'entre eux jouent, vis-à-vis de ces accidents, un rôle déterminant dont il faudra, chemin faisant, que je parle. Sans y insister davantage, je passe donc aux malades dont la psychologie m'a particulièrement intéressé et qui font l'objet propre de cette étude.

∴

Je présente d'abord quelques-uns de ces malades ; nous essayerons ensuite de les classer et de les comprendre.

Voici, dans une salle de l'hôpital Gama, à Toul, le soldat Chanot, un journalier, qui se penche continuellement sur le bord de son lit et, par-dessus

les camarades couchés, regarde fixement vers l'angle de la salle, avec une expression inquiète.

Je m'approche et je questionne : « Que regardes-tu Chanot ? » Pas de réponse. Je recommence plusieur fois sans succès. Chanot reste muet et immobile comme si mes paroles, prononcées à voix haute, heurtaient sa pensée sans y pénétrer. Je parle à voix basse : « Que regardes-tu, Chanot ? » Il répond sur le même ton : « J'observe l'ennemi. — Le vois-tu ? — Non, j'attends. — Qu'est-ce que tu vois ? — Je vois des tranchées. — Quelles sont ces tranchées ? — Des tranchées boches de première ligne, au commencement d'un bois. — Et des Boches ? — Non, j'en vois point. Je vois le bois, (il regarde attentivement) le bois ! le bois ! » Deux minutes se passent tandis qu'il regarde toujours, en penchant la tête à droite et à gauche.

« Que vois-tu ? — Rien. Je surveille les torpilles. — En vient-il ? — Non. Ah ! les Boches ! ils sont dans le bois, ils réparent les tranchées. — Comment sont-ils habillés ? — Je ne sais pas ; je ne vois que leurs têtes. »

Tout absorbé qu'il soit par son délire, il me voit, il m'entend, il sent les contacts et les piqûres et je peux, en lui parlant à voix basse, savoir très exactement quel tableau hallucinatoire se déroule devant lui.

Si j'essaie de l'arracher à son rêve, en lui demandant où il est, il me considère avec un air hébété et ne répond pas, mais, comme on fait, dans les environs de la ville, des expériences de tir au canon, il tressaute à chaque coup avec de brusques accélérations du pouls, de l'angoisse, de la sueur aux tempes et, dès qu'il est un peu calmé, il se remet à suivre son rêve avec la même attention inquiète.

Daus la même pièce, j'observe, quelques jours plus tard, le soldat Crivelli. C'est un homme de trente-cinq ans qui a une certaine culture. Comme Chanot, il se penche sur le bord du lit pour fixer dans le vide un point qui paraît être sous le lit voisin, mais il parle beaucoup plus que lui et il joint à ses paroles des gestes et des expressions d'horreur. « Je suis couvert de terre, dit-il ; aide-moi, aide-moi ; donne-moi un coup de main. Eh ! Meyrieux, Meyrieux ! ! Mais il a une balle dans la tête ! Elle est entrée par le front. Tout son sang m'a éclaboussé ! ! J'en ai plein les souliers. Oh ! regardez ! il coule ! Que cette terre est grasse ! je ne peux pas avancer dans cette tranchée. Je vais tomber. Regarde, Chandon ! Sa tête est coupée en deux ! Cachons-nous ; nous sommes repérés. Ah ! malheureux, malheureux, ne monte pas sur la tranchée. Laisse-moi monter. Faut pas avoir peur. Regarde cette tête ! Un morceau de cervelle ! Oh ! Oh ! Laissez-moi ! ! Boum ! Boum ! ! J'y suis, je suis enterré ; enlevez-moi la terre. Oh ! là ! là ! ! Personne ne viendra. Je ne vois plus rien. Ils vont nous esquinter tous. Je vais mourir. Je meurs ici ! ! Ah ! les cochons ! Ils nous prennent en enfilade. Ils nous ont repérés ; les cochons ! ! Oh ! je m'enlise, je m'enfonce. Oh ! mes pieds ! mes pieds ! Cette tranchée est trop étroite ! Donnez-moi une pelle, que je l'élargisse. » Crivelli parle ainsi pendant un quart d'heure, puis il s'arrête, encore anxieux, et peu à peu se calme et semble sommeiller; il sort de sa somnolence pour une nouvelle crise et c'est ainsi tout le jour jusqu'au sommeil de la nuit coupé d'insomnies et plein de cauchemars.

Pendant les crises, les mains s'écartent ou se lèvent avec la paume en avant ; la physionomie exprime

toutes les nuances de l'angoisse et de la peur et le pouls passe de 70 à 92 ; mais, si j'imite le bruit du canon, l'angoisse augmente et le pouls bat à 108.

Comme la plupart de ses pareils, le malade est très suggestible pendant la crise, surtout si on lui parle à voix basse. A condition que l'interlocuteur ne s'écarte pas du thème délirant, Crivelli le voit, l'entend et le laisse diriger son rêve.

« Vois-tu ce sang, lui dis-je doucement, tandis qu'il est au repos. — Oui ; il gicle, il me couvre, dit-il, en se redressant à demi. — Vois-tu ces boyaux ? Oui ; ils sont pleins de terre. — Vois-tu ces cheveux ? — Oui ; c'étaient les cheveux de la tête. Ils sont détachés ; ils sont arrachés. Oh ! c'est horrible ! — Regarde : les Boches f... le camp. — Non, non, ils ne partent pas. Oh ! ce sang, ce sang, ce sang ! »

Comme il a besoin de se moucher, je lui tends un mouchoir, en lui disant d'un ton impérieux et à haute voix : « Tiens, mouche-toi. » Il cesse de délirer, se mouche et reste en repos pendant dix minutes, les yeux clos, la tête posée sur son oreiller. Je lui demande son nom, d'où il vient, d'où il est ; il ne me répond pas. Puis, un bruit quelconque ayant rappelé son rêve, il repart de plus belle. Je m'approche : « Vois-tu ce cavalier ? — Non. — Regarde par-dessus le mur d'épaulement. » Il se soulève et regarde au loin. « Non, je ne vois pas de cavalier. — Et le sang ? — Oh ! ce sang ! Oh Meyrieux ! il en est couvert. » Et tout le délire précédent recommence.

Alors je change le décor visuel qu'il semble regarder, en recouvrant d'un linge blanc la table de nuit, l'appareil de chauffage qui est derrière et le lit voisin. Il voit le même spectacle, la tranchée, les boyaux de communication, le sang, la cervelle et, sur le fond

nouveau qu'il a devant lui, il projette les mêmes hallucinations avec le même effroi.

Comme il s'est borné jusqu'ici à regarder et à voir, je lui dis : « Te parle-t-on ? — Oui, fait-il, Chandon crie : « Le sergent est mort, une balle lui est entrée dans la tête, avancez, avancez ! ! Tenez, les obus sifflent. » Et il a des réactions de peur. Tandis qu'il délire ainsi, la vue, l'ouïe, la parole semblent normales ; il sent les contacts et les piqûres, mais les sensations se mêlent à son rêve pour l'alimenter en se déformant. Je le frappe légèrement avec mon stylographe et il dit : « Ah ! on me bat, on me bat ! » et, comme j'appuie fortement sur son épaule l'acier froid d'un canif : « Ah ! dit-il, ils me jettent des pierres. »

Cet état délirant a duré douze jours, pendant lesquels Crivelli a été plus ou moins loquace ou somnolent mais n'a jamais eu de périodes lucides. Vers le quinzième jour, il a pu me dire quels étaient ses derniers souvenirs d'avant l'accident. On était dans les tranchées ; il se rappelait avoir passé devant le cadavre d'un camarade. Chandon, le caporal, le poussait et il ne pouvait pas avancer parce qu'il portait deux musettes. Les obus tombaient « comme des gouttes de pluie ». Il regardait le corps étendu devant lui, et, en l'enjambant, il a failli tomber. Il a entendu siffler un obus, s'est jeté dans un boyau de traverse et a été enseveli dans le boyau par une explosion qui a démoli l'entrée.

Ses souvenirs s'arrêtaient là, mais je savais qu'il n'avait repris ses sens qu'au poste de secours, quelques heures plus tard, en plein délire.

A l'hôpital Saint-Nicolas de Verdun un autre malade, Soldis, musicien dans un théâtre de province, a eu un délire professionnel. Pendant des jours et sur-

tout des nuits, il a été poursuivi par Richard Wagner qui le suivait en trottinant ; quelquefois Soldis se croyait dans une grange au cantonnement et, plein de crainte, il voyait son persécuteur qui, sans lui parler, le visait avec un canon qu'il portait sur une épaule. « Ah ! qu'il est vieux et qu'il est vilain, disait-il en pleurant. » Quand on lui demandait : « Pourquoi Wagner t'en veut-il ? » Soldis répondait : « J'avais ses partitions, je les ai brûlées ; j'ai brûlé *Parsifal*, j'ai brûlé *Tannhaüser*. j'ai brûlé *Lohengrin*, j'ai tout brûlé. Aussitôt il a été fâché ; il s'est mis à me courir. »

Cet état délirant s'est maintenu treize jours, coupé de répits pendant lesquels Soldis pouvait parler de ses hallucinations avec quelque objectivité mais sans toutefois se reconnaître : il ne s'est reconnu que le treizième jour.

Alors il a été obsédé, à l'état de veille, par une scène d'horreur dont il ne pouvait détacher son imagination. Il se voyait seul, au milieu des mourants et des morts ; rien que des corps couchés ; ils étaient les uns sur les autres ; il y en avait qui râlaient bruyamment, il y en avait d'autres qui criaient. Ils venaient de tomber ; ils étaient habillés de gris-bleu. L'horrible vision revenait chaque soir ; elle s'imposait sans que jamais un détail changeât. Quand la nuit tombait, Soldis, hanté par l'idée qu'il allait revoir sa vision, se tordait les mains et éclatait en sanglots. Et voici qu'un jour, tout à coup, il s'est rappelé : oui ! il avait été témoin de ce spectacle ; c'était à droite des Eparges, un soir de bataille, et cette scène de mort et de sang c'était bien la dernière chose qu'il avait vue, quelques heures avant de tomber dans le délire.

Guéri aujourd'hui, Soldis a obtenu un congé de convalescence et il nous a écrit pour nous dire qu'il avait

eu une grande surprise. Il avait retrouvé intactes, à leurplace dans son cabinet de travail, les partitions de Wagner ; *Parsifal* était là et *Siegfried* et *le Crépuscule des Dieux*. Il a été obligé de s'avouer qu'il n'avait brûlé qu'en rêve les œuvres de Wagner, au cours d'une scène délirante qui avait provoqué, dans son esprit, les scènes non moins délirantes des représailles de l'auteur.

A l'ambulance de la petite ville de Void, je trouve, une autre fois, un malade qui ne parle pas, ne répond pas aux questions et, l'air à la fois égaré et préoccupé, dessine tout le jour, au crayon, des scènes de bataille sur des feuilles de papier blanc. Comme il ne disait rien, on a voulu le faire écrire et il s'est mis à dessiner. Il trace gauchement, et sans beaucoup d'ordre, des canons, des collines, des arbres ; puis, quand le dessin est à peu près terminé, il y ajoute des obus dont il représente la trajectoire par des lignes courbes et la forme par des petites taches noires ; à chaque tache nouvelle il bondit dans son lit et fait mine de sauter, avec une mimique de peur très caractéristique.

Il ne feint pas la peur, comme on pourrait le croire : il est très ému, comme s'il était dupe de son dessin ou comme si les taches noires, les canons et les courbes servaient de support à un délire qu'il ne nous dit pas.

Meltran a eu un délire continu et d'apparence très pauvre dans lequel je n'ai pu pénétrer car il ne répondait pas aux questions.

Il se tenait, à l'ordinaire, sous ses couvertures et très rarement il sortait la tête, pour regarder fixement dans le vide, en disant doucement : « torpille, torpille ». Il semblait bien qu'il vît alors arriver des torpilles, car

il avait l'air de suivre des yeux des trajectoires mais sans manifester d'émotion intense. Ce qui frappait chez lui c'était l'inertie et la passivité. Il ouvrait la bouche et levait les bras au commandement, et, quand on lui donnait une position difficile ou paradoxale, il la conservait. C'est ainsi que, Meltran étant couché, la cuisse droite ou gauche, mise à angle droit sur le corps, restait en l'air trois minutes et mettait une demi-minute à retomber par saccades sur le lit. Pendânt qu'on lui imposait, sans qu'il résistât, des attitudes de ce genre, le malade se tirait les cheveux de la main gauche d'une manière rythmique, en regardant fixement devant lui. Lorsqu'il a parlé, en sortant de son inertie et de son rêve, il a conté que, trois semaines auparavant, du côté des Eparges, il était sur une butte bombardée et qu'il avait été renversé par l'explosion d'une torpille. Depuis lors, il ne se souvenait de rien.

Chazot, que j'ai vu au Val-de-Grâce, est un bon gros dragon de vingt ans, très doux, très brave, qui s'est battu en Woëvre depuis la mobilisation jusqu'au 7 octobre 1914. Au cours d'une reconnaissance, un jour, il a été subitement entouré d'Allemands qui l'ont fait prisonnier. Sur leur ordre, il est descendu de cheval et il a été conduit dans une grange où il a retrouvé un autre dragon prisonnier comme lui. A partir de ce moment, ses souvenirs se brouillent et il semble bien avoir fait du délire de rêve, car, à l'hôpital, il a encore, par intermittence, des bouffées de rêves et d'hallucinations ; à certains moments il se croit entouré de cavaliers ennemis. Quelques jours plus tard, nous pouvons comprendre, par des fragments confus de récits, que l'autre dragon, qui ne délirait pas, a profité de la docilité et de la passivité du jeune Chazot

pour le faire évader avec lui. Il l'a dirigé depuis la grange-prison jusqu'à nos lignes. C'est probablement le seul cas d'une évasion accomplie pendant un délire confusionnel.

Régis, qui a fait une étude magistrale des délires de ce genre, les a très justement comparés à des rêves et il les a appelés oniriques (1) (du grec ὄναρ, rêve) ; mais, comme il le remarque lui-même, il est assez rare que le délirant onirique assiste passivement, comme le dormeur ordinaire, au défilé de son imagerie mentale ; la plupart du temps il y mêle ses mouvements, ses attitudes, ses gestes, ses paroles ; il se conduit en somnambule plutôt qu'en dormeur ; il joue son rêve et le vit. Ce jeu caractérise, sous une forme plus ou moins marquée, tous les délires que nous venons de décrire, depuis celui de Crivelli, grand premier rôle, jusqu'à celui de Meltran, très modeste acteur.

De plus, dès qu'on peut se mettre en communication avec ces malades, ils acceptent, que des personnages réels se mêlent à leurs rêves, posent des questions et s'intéressent a leurs conceptions fantastiques. Ils ont une perception plus ou moins confuse des faits réels qu'ils déforment pour les faire entrer dans leur rêve.

Voici une lettre qui nous fait pénétrer plus avant dans ce système de déformation en même temps que dans l'intérieur même des délires. Elle a été écrite, en plein onirisme, par Capdier, un jeune étudiant que nous avons connu à l'hôpital Saint-Nicolas de Verdun.

(1) Cf. Régis, *Communication à l'Académie de médecine*, 7 mai 1901, et Delmas, *Les Psychoses post-oniriques*. Paris, 1914.

« Chère mère,

« Sois sans crainte, je suis en bonne santé, mais les Boches ne me soignent pas bien. Il paraît qu'ils vont nous ouvrir le ventre. J'ai entendu souffrir un camarade toute la nuit. Ils ont dû le torturer. C'est horrible à voir. Ils m'obligent à rester couché et ne veulent pas me donner à manger, même en payant. Viens leur dire de m'en donner.

« MARCEL. »

Nous avons vu que nos délirants passent parfois du rêve à la réalité et de la réalité au rêve, suivant qu'on les interpelle avec force : « Tiens, mouche-toi » ; ou qu'on leur parle à voix basse : « Qu'est-ce que tu vois? vois-tu du sang? — Oui, j'en vois. » Enfin, ils sont sensibles à la suggestion ou bien ils obéissent docilement, comme Chazot, aux ordres qu'ils reçoivent.

Si nous voulions classer ces délirants oniriques et tous ceux que nous avons observés, nous pourrions distinguer ceux qui n'ont que des rêveries automatiques dont ils ne peuvent s'abstraire de ceux qui vivent réellement une sorte de rêve à l'état de veille, et, parmi ces derniers, ceux dont le délire et les hallucinations, souvent terrifiantes, se présentent avec un caractère particulier de richesse et d'intensité ; mais il va de soi que ces catégories ne correspondent qu'à des degrés différents de l'onirisme et qu'elles sont reliées par beaucoup de formes de transition.

* * *

A côté de ces rêveurs, souvent tragiques, on rencontre des malades très dissemblables en apparence qui frappent par leur visage indifférent et leur regard vague. Approchez-vous et tâchez de causer. S'ils vous répondent, vous vous apercevrez vite qu'ils éprouvent une difficulté plus ou moins grande à vous comprendre et qu'ils sont même parfois tout à fait obtus. Leur intelligence ne réagit qu'avec un visible effort, sans cohérence et sans résultat précis, aux sollicitations les plus simples. Leur mémoire est profondément atteinte et d'une façon très particulière, dans l'évocation du passé comme dans l'enregistrement du présent. Le ton affectif est, en général, l'indifférence. La volonté est docile, sans résistance, à tel point que le sujet obéit passivement à toutes les impulsions du dehors et s'attache parfois à une personne qu'il suit comme un chien fidèle, en acceptant aveuglément son autorité. On appelle ces malades des confus (1), et ils représentent la forme asthénique de la confusion mentale.

Lorsque cette forme de la confusion est particulièrement marquée, lorsqu'elle se traduit non par la diminution et la difficulté de l'effort mental mais par la suspension de l'activité intellectuelle, affective et volontaire, on parle de confusion avec stupeur. Par contre, lorsque l'asthénie est peu marquée, les malades

(1) La confusion mentale a été très bien étudiée en France par Séglas, Régis et Chaslin. Cf. Régis, *Traité de Psychiatrie*, et Régis et Hesnard, *Traité international de Psychologie pathologique.* (Paris, F. Alcan) Tome II.

ne présentent guère que des troubles peu profonds de la compréhension et de l'attention, des troubles, en général plus accusés, de la mémoire, une impuissance plus ou moins grande pour l'effort et un affaiblissement des tendances affectives supérieures qui s'allie souvent avec une sorte d'aptitude reflexe pour l'angoisse, la peur et les émotions dépressives.

Il peut paraître étrange, au premier abord, de rapprocher ces confus de nos délirants de tout à l'heure, et pourtant ce sont les mêmes malades. Les premiers nous frappaient surtout par leur agitation mentale; mais, derrière cette agitation, il y a une confusion fondamentale puisque les malades ne distinguent pas leur rêve de la réalité, ni les personnages réels des personnages imaginaires. S'ils ont une apparence de logique, c'est qu'ils se mettent instinctivement d'accord, par leurs expressions et leurs gestes, avec les émotions et les images qui constituent leur délire; mais, dans leurs moments de répit, ils manifestent une obtusion et une amnésie également profondes et souvent plus marquées que l'obtusion et l'amnésie des confus passifs.

Aucun des malades que je viens de présenter ne pouvait dire d'où il venait, ce qu'il avait fait jusque-là. Si on leur proposait le moindre calcul, ils regardaient hébétés sans comprendre et n'essayaient pas de calculer. Tout interrogatoire restait vain et, quand ils sont sortis de leur délire, ils ont gardé pendant des jours, des semaines ou des mois, une obtusion et une amnésie plus atténuée dont nous allons donner de nombreux exemples. Chez tous les confus qui délirent on peut trouver de même une atteinte des fonctions mentales supérieures qui va de la difficulté de l'effort jusqu'à l'inertie.

D'autre part, chez les confus asthéniques, il n'est pas rare de constater une activité délirante rudimentaire qui se trahit par des rêveries qui s'imposent. Même dans la stupeur, on observe parfois des éléments de délire onirique. Nous avons pu citer Meltran parmi les délirants oniriques bien qu'il fût en état de stupeur. Un malade, très analogue, Langeot, qui reste tout le jour la tête basse et penchée en avant, les yeux aux genoux avec l'air indifférent et vague, ne semble pas délirer ; il délire cependant ; il voit des images vagues défiler devant lui ; parfois il fait un signe, il ébauche un geste et, de temps à autre, il dit : « Des soldats ».

Quelquefois l'arrêt de toutes les fonctions intellectuelles et volontaires s'accompagne non pas d'une activité délirante, mais d'une mobilité particulière de la tête et des yeux par laquelle le sujet réagit, sans cesse et sans ordre, à toutes les excitations. P. Chavigny, qui a très bien étudié ce trouble, le décrit ainsi : « Très éveillé, tout au contraire de ce qui s'observe (en général) dans la confusion mentale, le sujet est à la merci de toutes les excitations qui lui viennent du dehors ; mais aucune de ces excitations ne se transforme en impression et n'est le point de départ d'une sensation ou d'un travail cérébral. Il y a là quelque chose de l'état mental du tout jeune enfant qui, successivement, tourne ses regards vers tout ce qui brille, vers tout ce qui s'agite ou fait du bruit ; mais encore faut-il remonter jusqu'à l'âge où l'enfant n'est pas même capable de sourire et où son regard, attiré par l'objet brillant, ne se fixe pas sur lui. Bien plus encore, cet état rappelle la mimique de certains oiseaux qui, en cage, tournent incessamment la tête vers les bruits ou les mouvements du voisinage.

L'absence, chez l'oiseau, de tout jeu de physionomie rend la comparaison encore plus exacte, car, chez nos malades, le masque reste rigoureusement impassible. »

J'ai observé ce symptôme deux fois depuis l'article de Chavigny (1) qui l'a observé cinq fois, et qui rapporte une observation très intéressante, celle du dragon R... Ce dragon a eu une émotion très violente et très brusque, compliquée d'une chute de trois mètres de haut, sans lésions :

« Il semble, dit Chavigny, que l'on soit en présence d'un automate dont il faille diriger tous les mouvements. Si on le tire par la main, il se lève, marche sans faire de résistance, sans protester ni de la voix ni du geste ; sur son visage absolument impassible ne se reflète la trace d'aucune opération intellectuelle ; ni émotion, ni étonnement, ni attention. Contrastant avec cette rigidité absolue du visage, les yeux, au contraire, sont extrêmement mobiles. Dès qu'un mouvement ou un bruit se produit, R... tourne la tête et les yeux de ce côté, mais le regard qu'il jette ainsi est bref, car instantanément les yeux se portent dans une nouvelle direction, attirés par un autre bruit, un autre mouvement ; les yeux et la tête tournent ainsi continuellement, à gauche, à droite et, tout naturellement, vient la comparaison avec les mouvements de la tête d'un oiseau. »

Ajoutons que les uns et les autres, confus asthéniques et confus délirants, présentent de la céphalée et des insomnies, c'est-à-dire des symptômes physiques de confusion mentale.

Il serait très intéressant de savoir pourquoi les uns

(1) *Paris Médical*, 24 octobre 1915.

délirent tandis que les autres ne délirent pas ; mais c'est là une question obscure.

C'est faire un pas, semble-t-il, vers une explication que d'invoquer l'angoisse, la crainte diffuse, la panophobie, comme les conditions excitantes de l'activité onirique, car ces états affectifs, souvent faciles à provoquer chez les confus qui ne sont pas en état de stupeur, sont la plupart du temps très intenses chez les confus délirants et retentissent certainement sur leur exaltation imaginative comme sur la direction générale de leurs associations d'idées. Nous les avons signalés chez Chanot, chez Crivelli, chez Soldis. Mais, dans plusieurs cas, on peut voir des malades qui font du délire de rêve sans y mêler de l'angoisse ou de la panophobie et l'on en voit beaucoup aussi qui, avec de l'agitation émotive, de l'angoisse et de la crainte diffuse, ne font aucune espèce d'hallucination ni de délire. Ces états affectifs sont évidemment un élément important dans un délire mais ils ne suffiraient pas à le déterminer.

On aurait plutôt avantage à rapprocher les manifestations asthéniques et les manifestations délirantes de la confusion mentale de ce qui se passe dans certaines intoxications — dans l'ivresse alcoolique, par exemple — où l'on voit des sujets qui réagissent au poison par de l'excitation délirante et hallucinatoire, tandis que d'autres réagissent par de la dépression mentale et par de l'inertie, les fonctions supérieures étant ralenties, gênées ou paralysées chez tous. Le rapprochement serait d'autant plus légitime, que la confusion mentale suppose toujours, comme nous le verrons, une intoxication ou une infection sous-jacente, et, bien que ce ne soit pas là l'explication demandée, c'en est déjà le commencement, puisque

la forme asthénique et la forme délirante de la confusion mentale entreraient ainsi sous une loi générale. Dans ces conditions, il paraît légitime d'admettre que l'excitation onirique et l'aptitude anxieuse réagissent nécessairement l'une sur l'autre quand elles sont présentes à la fois.

∴

Comment nos sujets en sont-ils venus là ?

Par des voies assez différentes, si on les en croit.

Les uns, les moins nombreux, racontent, dès qu'ils peuvent se reconnaître, qu'ils ont été bouleversés par une émotion intense et brusque et qu'ils ont fait soit un ictus soit un raptus émotifs, au sens que nous avons donné tout à l'heure à ces expressions. C'est le cas de Soldis et de Chazot, c'est aussi celui de Charny et de Lérin qui ont vu des camarades déchiquetés à côté d'eux par des shrapnells. En général, la scène iuvoquée comme cause de l'émotion est une scène d'horreur, avec cette circonstance aggravante que le malade y a couru un danger personnel très grand et que la peur et l'horreur se sont associées dans une émotion unique.

D'autres, qui ont éprouvé des émotions très intenses et très brutales du fait du danger couru, ont fait en même temps ou de la commotion cérébrale ou de la commotion générale par suite de l'explosion d'un obus dans leur voisinage immédiat, ou bien encore, comme il arrive souvent, ils ont été atteints par ces deux ordres de commotions à la fois,

Même quand il n'y a pas eu de spectacle horrible, l'émotion de ces commotionnés a pu être très intense

encore du fait qu'ils ont entendu siffler les obus, qu'ils ont attendu les explosions avec anxiété, qu'ils ont justement craint d'être blessés ou tués, qu'ils ont été fouettés ou renversés par le vent de l'explosion, qu'ils se sont sentis soulevés de] terre ou projetés à distance, etc., etc.

Il est assez difficile, dans le cas d'une explosion d'obus à proximité, de faire la part de l'émotion proprement dite et la part de l'ébranlement du système nerveux dans l'étiologie de la confusion mentale, car, si cette confusion peut se produire à la suite d'émotions toutes morales non suivies d'explosion, elle succède quelquefois à des ébranlements du système nerveux où l'émotion semble réduite au minimum.

Cependant, comme la simple commotion cérébrale, lorsqu'elle est manifestement pure de toute émotion, ne produit guère, en dehors de l'amnésie de l'accident et de la perte de connaissance, qu'une torpeur passagère, on est fondé, même quand l'émotion n'a pu être que très brève, à lui attribuer, dans les cas de commotions cérébrales suivies d'accidents confusionnels, un rôle prépondérant.

Il est plus malaisé de se prononcer pour les sujets qui ont présenté des symptômes de commotion générale et de shock commotionnel, car c'est une opinion professée par Regis et par d'autres psychiatres qu'un shock, par l'ébranlement organique qu'il occasionne, peut-être, à lui seul, facteur de confusion mentale. Tout ce que nous dirons, c'est que, dans notre expérience, nous ne trouvons pas un seul cas dont on puisse dire avec certitude que le shock y a été l'agent essentiel de la confusion mentale, car nous avons trouvé de l'émotion associée au shock, et toujours très intense, chaque fois que l'analyse psychique a été

rendue possible par les souvenirs retrouvés du malade ou par ceux de son entourage.

Gilbert Ballet et Rogues de Fursac, qui ont pris cette même question par un autre bout estiment que, dans tous les cas relevés, la part de la commotion est nulle tandis que la part de l'émotion est tout. Ils se fondent sur ce fait qu'un choc moral consistant en une émotion intense, pure de tout ébranlement physique, peut se traduire par des troubles identiques de forme, d'intensité et d'évolution à ceux que les explosions engendrent (1).

L'argument n'est pas sans réplique, car les auteurs supposent gratuitement qu'un ébranlement organique est incapable de produire les mêmes résultats mentaux qu'un ébranlement moral ou de le renforcer en s'y associant, et c'est justement ce qui est en question.

On peut faire en outre, au sujet de l'identité des troubles psychiques post-émotionnels et des troubles psychiques post-commotionnels, une réserve qui, sans toucher au fond même des choses, n'est pas cependant sans intérêt psychologique.

Ces troubles sont foncièrement et cliniquement les mêmes, c'est entendu; mais, quand les malades délirent, le délire des purs émotionnés nous a paru en général plus dramatique et plus riche que celui des commotionnés. Cette différence tient, croyons-nous, à ce fait que, par rapport aux émotions d'horreur et d'épouvante, l'émotion liée à la commotion est d'ordinaire moins riche en dépit de son intensité, et sans doute aussi à cet autre fait que les émotionnés, ne perdant pas connaissance au cours de leur émo-

(1) *Paris médical*, 1er janvier 1916.

tion, peuvent en garder une impression plus complète.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de signaler, entre les deux ordres de troubles, quelques différences de plus.

La confusion mentale, quand elle succède à des émotions purement morales, la vue, par exemple, d'une scène d'horreur ou d'épouvante, ne s'établit jamais immédiatement : il y a alors, entre l'émotion et le moment où la confusion apparaît, un temps de latence qui varie de quelques heures à un jour ou deux. On a le droit de penser que c'est pendant ce temps de latence que se constitue l'état toxique qui, nous le verrons, paraît lié aux perturbations vaso-motrices et sécrétoires et à l'épuisement cérébral provoqué par l'émotion.

Ce temps de latence est très manifeste encore dans le cas des confusions qui suivent les émotions associées à de simples commotions cérébrales. Beaucoup de sujets, quand ils ont repris connaissance, peuvent aller tout seuls au poste de secours et même à l'ambulance.

Ce temps de latence peut encore être observé chez les sujets ayant subi une petite commotion générale, et chez lesquels l'émotion a prédominé sur la commotion.

Mais, dans les cas de fortes commotions générales, il est très difficile de retrouver ce temps de latence par l'interrogatoire du malade ou des camarades qui constitue, pour tous ces accidents originels, notre principal moyen d'investigation. Nous pensons cependant qu'il n'y a aucune raison sérieuse pour admettre que la confusion mentale puisse s'établir ici par un processus immédiat, différent du précé-

dent et bien difficile à comprendre. Il est vraisemblable au contraire que le processus d'auto-intoxication reste le même et qu'il dure le même temps mais que l'état de torpeur et d'obnubilation qui survit à la commotion se fond dans l'état confusionnel sans qu'il soit facile ni peut-être possible pour les spectateurs et à plus forte raison pour le sujet lui-même, quand il retrouve plus tard quelques souvenirs, de faire des distinctions de succession et de nature.

∴

Essayons de causer maintenant avec des confus sortis de leur rêve délirant et qui, malgré la confusion où ils sont encore, peuvent déjà répondre à nos questions et se prêter à quelques expériences.

Leur délire a duré, suivant les cas, de quelques heures à un mois ; il a crû, il s'est maintenu à un maximum et il a décru. Les uns, comme Morel et Baptiste, se sont retrouvés brusquement après un délire onirique de quelques heures ; ils ont reconnu tout de suite qu'ils étaient à l'hôpital, entourés de médecins et d'infirmiers, et ils n'ont pas eu de rechute délirante ; d'autres, de beaucoup les plus nombreux et parmi lesquels se trouvent tous les confus par émotion pure, ont eu, avant le réveil final, des phases multiples d'accalmie et de rechute, et ils n'ont commencé à se reconnaître qu'après bien des oscillations ; mais tous sont bien éveillés quand je les interroge.

« Comment t'es-tu éveillé ? dis-je à Baptiste, un commotionné (1) qui a eu le réveil brusque. — J'étais

(1) J'appelle commotionné cérébral le sujet qui a eu une com-

dans mon lit, dit-il, et j'ai senti les draps contre moi ; alors j'ai regardé et j'ai vu que c'était un hôpital ; je ne savais pas depuis quand j'étais là ni pourquoi et, de plus, tout cela ne me paraissait pas très vrai ; alors, pendant un moment, j'ai pensé que je ne devais plus être en vie et que je venais de ressusciter de la terre en m'éveillant dans l'au-delà. » — «Et toi, dis-je àCrivelli, qui a eu de grandes émotions avant d'être commotionné, comment es-tu sorti de ton rêve ? — A la fin, dit-il, je le quittais pour le reprendre et je ne savais plus où j'en étais. — As-tu encore des cauchemars ? — Oui, toutes les nuits, depuis que je me suis retrouvé ; je rêve qu'un mort qui a le front troué d'une balle me prend par le cou et veut m'entraîner avec lui... quelquefois même j'ai des cauchemars le jour. — Que vois-tu ? — Du sang sur mon soulier gauche ; tenez, si je le regardais un moment j'en verrais, mais la nuit c'est beaucoup plus fort et il me tarde qu'il fasse jour. »

Chez Soldis, un émotionné, nous avons pu suivre les progrès lents du réveil, longtemps coupé de visions tragiques, qui revenaient chaque soir, jusqu'au jour où le convalescent a repris la conscience pleine et continue de la réalité. Chazot, un autre émotionné, est sorti de son onirisme de la même façon, avec des bouffées intermittentes de délire qui se sont prolongées bien avant dans la convalescence.

Voici d'ailleurs, décrites par lui-même, les impressions du commotionné Blénond qui a eu le réveil lent mais progressif et sans rechute.

motion cérébrale, j'appelle commotionné le sujet qui a eu une commotion générale et émotionné celui qui a eu une émotion pure de tout ébranlement physique.

W..., 18 mai 1915.

Il y a cinq ou six jours que j'ai commencé à recouvrer l'usage de mes sens et de mon esprit. Avant cette date, je ne me rendais aucun compte des objets qui m'entouraient et je ne pouvais faire aucune différence entre les personnages que je voyais à l'hôpital et ceux que j'avais l'habitude de fréquenter en guerre. Je ne me rappelle donc rien de ce qui est antérieur au 12 mai, à part ce détail cependant qu'un médecin-major me donna un paquet de tabac.

Ma première impression, très confuse, fut que je n'étais plus en vie et elle fut extrêmement pénible; c'est peut-être ce qui me porta à me rendre compte des choses que j'avais autour de moi. D'abord le grand plafond bleu, la suspension, le Christ, les lits environnants, les malades voisins, la religieuse, le silence de la salle, tout cela me laissa comprendre que ma situation n'était pas celle dont j'avais l'habitude.

Mais, la réflexion se faisant jour peu à peu, je pus comprendre, le 13 mai, que je n'étais pas mort et que je me trouvais dans une infirmerie ou un hôpital. Cette idée me rassura et, à partir de ce moment, je fis des progrès très sensibles et des constatations qui m'amenèrent à supposer que, si quelque chose me manquait dans l'usage de mes facultés, j'étais cependant sur la voie de me retrouver.

Une constatation agréable fut celle qui me donna l'assurance qu'aucun de mes membres n'était atteint; je ressentais et je ressens toujours, atténués à la vérité, premièrement une grande lassitude dans tout le corps, un bourdonnement dans les oreilles, par inter-

valles des maux de tête assez violents qui me donnaient l'impression d'un cercle de feu autour du crâne, enfin une inexplicable confusion dans mes idées que je n'arrivais pas à rassembler, et, par intervalles, une impression de vide dans le cerveau. Cette dernière impression n'a d'ailleurs pas disparu ; aujourd'hui même, j'ai des moments, très courts il est vrai, où le vide gagne mon cerveau d'où toutes les idées s'échappent.

Une autre constatation que je fis dans la journée du 14 mai, et qui me fut extrêmement agréable, c'est que les fenêtres de l'infirmerie, comme celles de la maison d'en face que j'apercevais de mon lit, avaient toutes leurs vitres. J'en déduisais avec plaisir que j'étais dans un lieu où les obus ennemis n'arrivaient pas... »

Chez Michel, un commotionné cérébral qui a fait aussi de la commotion générale, un accident a provoqué un réveil brusque et le malade, qui s'est très bien reconnu, s'est retrouvé aussitôt au moment de l'explosion qui avait renversé un sac de terre sur sa tête, comme si les huit jours écoulés depuis son accident n'avaient laissé aucune trace dans sa pensée consciente et se trouvaient rayés du temps. Il était couché, avec quelques malades, dans une salle d'étude du collège Saint-Léon de Toul, transformé en hôpital, lorsqu'à la suite d'un faux mouvement, il est tombé de son lit. Il porte la main à sa tête comme s'il y cherchait quelque chose et il s'écrie : « Ah ! elle est bonne celle-là ! Elle est bonne ! Mais je ne suis plus dans la tranchée, à M... Oh ! c'est drôle ! Je suis dans une école. Mais où est donc le sac de terre que j'avais reçu *tout à l'heure* sur la tête ? »

L'obtusion intellectuelle est alors plus ou moins

marquée et tel malade qui avait, avant sa crise, l'intelligence vive, se trouve, malgré ses efforts, hors d'état de comprendre un raisonnement élémentaire, de s'orienter dans le temps et l'espace, et de résoudre les problèmes les plus simples. Le lieutenant Lérier, un commotionné, ne délire plus depuis trois jours quand je lui demande où il est. Il n'en sait rien. « Ne seriez-vous pas à Verdun ? » Avec effort et hésitation : « Peut-être. — Dans quel département ? — Je n'en sais rien. — Et dans quel mois pensez-vous être ? » Il regarde par la fenêtre le ciel et les arbres, fait un effort visible de réflexion et conclut : « On doit être en mars. » (Nous sommes en réalité au 12 mai.) Prié de multiplier 7 par 11, il réfléchit un instant et répond : « 70 ou 67 », comme s'il avait pensé vaguement 77 et ne pouvait coordonner tout à fait sa pensée. Soldis se déclare incapable, après trois essais infructueux et manifestement sincères, de multiplier 427 par 32.

Chevalier, un commotionné, ne se tire pas, malgré des efforts manifestes, de la multiplication 5 par 5 et devant le sophisme : si tous les Français sont Européens, tous les Européens sont Français, il fronce les sourcils, fait le geste de repousser quelque chose et dit finalement : « Pas toujours. »

C'est une obscurité de compréhension qui a été souvent décrite et qui n'exclut pas, chez les malades peu atteints, le sentiment de la direction qu'il conviendrait de donner à leur pensée.

On constate très bien, dans la lettre suivante, cette obscurité de la pensée, l'effort fait par le malade pour en triompher et l'insuffisance du résultat.

Monteux, un commotionné, entend dire, alors qu'il sort à peine de son délire onirique, qu'il a un peu de

température ; il sent confusément que ce n'est pas là un bon signe, et il voudrait bien en informer les siens. Il leur écrit :

« Chers parents,

« Aujourd'hui 16 juin, j'ai aussitôt écrit avec un températent. Ce certent n'a pas trompé. Je vais pas aussi ; j'ai mais maladie et j'ai vous températent. Je vais pas aussitôt. J'ai température. Ce complet n'en pas aussitôt. Le maladie ne pas ainsi pour vous. Ce vous écrit dans quelques mots. »

Il est à peine besoin de dire que cette difficulté de l'effort mental a pour conséquence une fatigue plus ou moins rapide, suivant les sujets, et que l'attention, quand elle arrive à se constituer chez les malades peu atteints et chez les convalescents, s'épuise toujours plus ou moins vite. Parfois même, comme le remarquent très justement Mairet, Piéron et madame Bouzansky (1), il y a des absences où, au cours d'un interrogatoire, le sujet cesse brusquement de comprendre.

∴

L'amnésie de nos malades est aussi caractéristique que leur obtusion.

Elle porte d'une façon toute particulière sur la période aiguë de l'accès de confusion, celle qui est marquée, chez beaucoup de sujets, par de l'onirisme. Les impressions subies pendant cette période n'ont pas été ressenties et assimilées ou bien elles ont été trop rapides pour laisser de trace.

(1) *Le Syndrome commotionnel*, p. 10.

En général, les malades ont un dernier souvenir assez précis ; ils se souviennent qu'ils ont été bombardés, ensevelis, saisis d'horreur. Puis c'est la nuit, mais une nuit qui n'est pas la même pour tous.

Les uns se rappellent quelques bribes de souvenirs qu'ils rattrapent sans ordre, comme nous retrouvons nous-mêmes, en nous éveillant, quelques fragments de nos rêves de la nuit.

Blénond, qui a commencé à se retrouver après un délire de six jours, se souvient d'un médecin-major, qui, à l'ambulance, dans les premiers jours de son délire, lui a donné un paquet de tabac.

Soldis se souvient si bien du délire de rêve où il a brûlé les œuvres de Wagner qu'il en est dupe pendant sa convalescence, et il n'a pas oublié non plus, une fois guéri, le vieillard qui le poursuivait en trottinant.

Charny se rappelle des fragments de délire avec hallucinations où il voyait des Allemands le mettre en joue. Chazot a le souvenir vague d'un dragon qui dirigeait son évasion.

Haudry est un commotionné du type le plus pur, en ce sens qu'il a éprouvé une commotion générale mais sans commotion cérébrale proprement dite. Il était dans la tranchée lorsque le vent d'un éclatement d'obus l'a renversé en le recouvrant en partie de terre. Il n'a pas perdu connaissance et il se revoit immobile, muet, étendu dans la tranchée, près d'un soldat qui avait la main arrachée et qui criait. Non loin, il revoit aussi un adjudant couché sur le dos, avec un gros jet de sang qui lui sortait de la bouche ; il se rappelle très bien que l'infanterie a quitté la tranchée pour partir à l'assaut des tranchées ennemies ; il reste alors seul sous la pluie, mais un camarade arrive et Haudry comprend que ce camarade vient le chercher.

Puis, après une période dont il ne peut préciser la durée, c'est la nuit noire, la lacune, avec un délire silencieux où le sujet semblait percevoir de vagues images auxquelles il souriait et où il témoignait seulement, pour le moindre bruit, d'une émotivité extrême.

Capdier, de même, en sortant de sa période onirique a oublié tout ce qui s'est passé dans cette période. Je lui mets sous les yeux la lettre où il raconte à sa mère qu'il est chez les Allemands. Il reste stupéfait en reconnaissant son écriture et, en se relisant, il dit : « Nom de Dieu de bon Dieu, qu'est-ce que j'avais donc dans la tête ! »

La lacune paraît plus complète chez les commotionnés que chez les émotionnés qui retrouvent souvent quelques détails ayant trait à leur période onirique, mais ces détails restent infimes et,pour les uns comme pour les autres, on peut parler d'amnésie lacunaire avec des bords assez nettement tranchés. A mesure que le malade se rétablit, il peut situer vaguement dans cette lacune quelques souvenirs qui lui reviennent et qui concernent des faits confusément acquis, mais la lacune ne continue pas à se combler après la guérison.

En général, à cette amnésie lacunaire s'ajoute une amnésie qui la dépasse et qui a une autre origine. La mémoire, atteinte comme l'intelligence, participe au ralentissement de l'activité mentale et le malade est hors d'état d'évoquer des faits qu'il avait acquis et fort bien fixés ou bien il ne les évoque qu'avec une difficulté très grande. Cette amnésie rétrograde remonte plus ou moins loin dans le passé en respectant d'ordinaire le dernier souvenir conscient qui précède le temps de latence et la période onirique. C'est ainsi

que Morel, en sortant de son délire de rêve, se rappelle fort bien qu'il était au bois Leprétre, dans une tranchée où l'on recevait des obus, lorsqu'il a perdu connaissance à la suite d'un éclatement d'obus dans son voisinage immédiat; mais, au delà de ce fait, ses souvenirs sont assez confus ou absents. Il ne se rappelle rien du bois Leprêtre, où il est resté cepen dant trois mois; il ne se souvient pas davantage d'où il y est venu, en janvier 1915, et de ce qu'il faisait en décembre.

Un peu plus en arrière, il se souvient qu'il suivait des cours à la Sorbonne et qu'avant de les suivre, il faisait ses études dans une petite ville de province. A partir de ce moment et, sans que la limite de l'amnésie soit bien précise, il tient ses souvenirs de jeunesse et d'enfance.

D'autres fois, c'est la vie passée tout entière que le malade dit ne pouvoir évoquer et l'amnésie paraît totale. J'avais, avant la guerre, un certain scepticisme à l'égard de ce genre d'amnésies dont on citait de rares exemples et suspects. J'en ai constaté depuis, comme Régis, plusieurs cas, et si je fais plus tard des réserves sur la nature confusionnelle de certaines de ces amnésies, je n'en ferai pas sur la sincérité des malades.

En général quelques-uns ne pouvaient dire ni leur âge ni le lieu de leur naissance, ni leur nom. Plusieurs fois, quand je disais : « Comment vous appelez-vous ? où êtes-vous né ? » j'ai vu le malade mettre la main sous son traversin pour prendre son livret ou chercher des yeux sa plaque d'identité.

Parmi les cas les plus nets, un jeune dessinateur de vingt ans du nom de Godard, un émotionné, se rappelait une scène d'épouvante et d'horreur, dans les bois,

après laquelle s'était produite une amnésie lacunaire de plusieurs jours et une amnésie globale qui remontait jusqu'au passé le plus lointain.

Il avait oublié qui il était, d'où il était, l'existence de ses parents et de ses sœurs ; il ne savait pas qu'il était fiancé ; ramené à Paris par son père, il ne reconnaissait ni les monuments, ni les rues de la ville, ni les pièces de son appartement.

Un autre, Planel, un commotionné, marbrier de son état, avait oublié son nom, l'existence de sa femme, son adresse, sa profession. Sa femme, qui l'avait ramené à Paris et qui s'était fait reconnaître avec peine, me contait le trait suivant :

« Nous arrivons à la maison ; il ne reconnaît rien et s'assied. Le lendemain je lui dis : « Tiens, prends ce morceau de marbre et sors une fleur ; ça te distraira. — Une fleur, qu'il me fait, ah non ! par exemple, je vais la rater. — Essaie toujours, que je lui fais. » Il essaie et voilà que la fleur vient. Alors voilà qu'il se met à pleurer et qu'il me dit : « Ah, je vois bien maintenant que tu as raison et que j'étais marbrier. »

Les habitudes motrices qui réapparaissaient sans effort apportaient leur témoignage irrécusable. Un troisième, Veil, avait oublié, sans exception, tous les faits antérieurs à sa commotion, toute sa jeunesse et toute son enfance.

Je trouve dans mes notes, de mars 1915 à janvier 1916, cinq cas de ce genre.

Un caractère à noter, c'est que, dans les amnésies globales d'évocation qui paraissent porter sur toute la vie, les malades conservent le souvenir des connaissances pratiques et, d'une façon générale, de celles qui, tombées depuis longtemps dans l'automatisme, n'exigent pas d'effort d'évocation ; ils

savent s'asseoir à table, s'habiller, se déshabiller, parler, et ils lisent les lettres imprimées d'un journal ou les lettres manuscrites qui disent, sur leur livret, leur nom et leur lieu d'origine.

En revanche, dans d'autres amnésies où le souvenir du passé est à peine touché, ce sont des connaissances spéciales, et qu'on aurait souvent des raisons de croire fixées par l'automatisme, qui sont atteintes.

Morel, un commotionné, qui n'a qu'une amnésie rétrograde de trois mois, a oublié complètement le latin qu'il apprend depuis l'âge de douze ans. « Que veut dire *Homo ? Mulier ? Vir ? Equus ?* — Je ne sais pas. — Quelle langue est-ce ? — Je ne sais pas. » Par contre, il se souvient de l'italien qu'il a appris à quatorze ans et des quelques notions d'allemand qu'il s'est efforcé d'acquérir depuis l'âge de seize ans.

Cette amnésie, plus étendue que l'examen du malade ne l'avait révélé, a été très durable à l'égard de certains souvenirs, car, le 24 septembre 1915, cinq mois et demi après son accident, Morel écrit la lettre suivante :

« La mémoire va beaucoup mieux que lors de mon séjour à l'hôpital de Toul. Le latin m'est revenu et n'est plus reparti. Seulement, je me suis aperçu, en arrivant chez moi, que j'avais des lacunes auxquelles je n'avais jamais pensé.

« Si vous vous souvenez, je prétendais n'avoir rien oublié du grec ; j'ai voulu en faire un peu chez moi et je n'en ai pas été capable. Toutefois, à en entendre prononcer, je comprends que c'est du grec tout en n'en comprenant pas le sens, ce qui me fait croire que ce n'est pas grave. Autre chose bizarre, j'avais fait une étude assez approfondie d'une période historique :

les débuts de la Révolution. J'ai retrouvé deux cents pages de notes prises à ce sujet ; je ne me souvenais plus de les avoir et j'en ignore le contenu. »

Soldis, dont l'amnésie est très faible en ce qui concerne le souvenir général du passé, et qui se rappelle ses années de Conservatoire et sa jeunesse tout entière, a des amnésies d'un caractère très spécial, ne sait pas ce que signifient les lignes d'une portée, ne reconnaît pas la clef de sol et ne se souvient pas davantage, même lorsque je l'ai renseigné. On fredonne devant lui la *Marseillaise* ; il demande : quel est cet air ? Il ne sait pas qui est Liszt, qui est Beethoven, et quand on lui parle de la *Symphonie pastorale*, on n'éveille aucun souvenir.

Je lui dis : « Savez-vous qui est Victor Hugo ? — C'est un poète français. — Connaissez-vous une de ses œuvres ? » Il ne retrouve aucun nom. De même pour Molière et Corneille.

Haudry et quelques autres ne reconnaissent pas facilement les lettres de l'alphabet et notamment les lettres manuscrites qui demandent un petit effort de plus.

Parmi les lettres manuscrites, les lettres rares, le K, le W sont le plus rarement reconnues. A la dictée, les mêmes erreurs se produisent, la mémoire verbale des lettres étant aussi atteinte que la mémoire visuelle.

Quand ces malades vont mieux et qu'ils peuvent écrire, sous la dictée ou d'eux-mêmes, des phrases entières, on s'aperçoit que plusieurs d'entre eux se conduisent comme s'ils avaient oublié l'orthographe et que, pour s'éviter des efforts difficiles ou infructueux d'évocation, ils adoptent, avec quelques erreurs de lettres, une certaine orthographe phonétique.

Haudry, l'ingénieur, écrit sous la dictée, en oubliant un membre de phrase :

« Maître Cordo sure un ardre pershé tené un fromage maître renard par l'odeurt aleshé lui tin ape pré se langage. »

Il écrit encore sous la dictée :

« Lascical é la Foure mi. Lascical aian chanté tou leté se trouva for dépourvu quand la bise fuvenu. »

De l'hôpital où il est traité, à douze kilomètres de la ville de Verdun, il envoie à un ami une lettre qui commence par ces mots :

« Nou comean pencampagne » (nous sommes en pleine campagne).

Et plus tard il écrit encore de lui-même :

« Notre père ci e o sieu qe votre volonté coit fet sure la ter como ciel. »

Delnod et Marot ont, à quelques variantes près, la même orthographe qu'Haudry.

Je me suis demandé quelles images disparaissaient le plus facilement dans ces amnésies dont les lois ne sont pas faciles à saisir ; ce sont le plus souvent les images visuelles chez les malades que j'ai observés.

Haudry a perdu celle des êtres les plus familiers. Dans la petite école du village qui nous sert de clinique, je l'envoie au tableau et lui dis : « Dessine-moi un oiseau. » Il sait très bien de quoi je veux parler, mais il ne voit pas l'oiseau, et il reste un moment à froncer le sourcil en essayant de le voir ; après cinq minutes, il fait un dessin schématique et enfantin.

Prié de dessiner un cheval, il me dit en voir uniquement et très mal la tête et il me demande : « Comment sont les pieds ? » Je réponds : « Ils sont palmés. » Il

fait « non » en souriant et, après trois minutes, il dessine un cheval sans queue, aussi schématique que l'oiseau.

Chez beaucoup de malades, on trouve des troubles aussi étendus de l'évocation visuelle et, quand le trouble est plus atténué, il semble que le malade ne se représente pas les personnes et les visages, alors qu'il peut se représenter les objets, la représentation d'un individu avec ses traits distinctifs supposant une synthèse d'images plus compliquée que la représentation d'une chose.

Il est presque inutile de dire que Haudry, même après avoir reconnu les siens, ne pouvait se les représenter par la pensée ; quelques jours après être sorti de son délire, il n'a même pas reconnu la photographie de sa sœur ; mais Soldis qui possède un stock d'images visuelles assez riches pour ce qui touche aux objets, ne peut se représenter ni le visage d'un ami intime ni celui de sa femme.

Morel revoit très bien la Sorbonne et sa lourde architecture ; il revoit l'église et la cour ; il revoit l'escalier de la bibliothèque et le petit amphithéâtre Guizot où il est souvent allé, mais il ne peut se représenter la fresque où l'archéologie se révèle au regretté Maxime Collignon, et, bien qu'il nomme Aulard, Seignobos et moi-même parmi les professeurs dont il a suivi les cours, il est incapable de se rappeler le visage d'Aulard, de Seignobos et le mien.

La première fois que je le vois, je lui demande s'il me reconnaîtrait dans le cas où le hasard nous mettrait en présence. Il est persuadé que non, et, de fait, quand je me nomme et lui montre « mes papiers », il me croit, mais il ne me reconnaît pas. Et dans cette

Sorbonne où il a connu tant de maîtres et tant d'amis, il revoit bien les salles de cours, les escaliers, la façade, mais il ne peut se représenter aucun visage. C'est pour lui un royaume d'ombres vagues et sans noms.

J'ai constaté également, mais plus rarement, la disparition des images auditives, notamment chez le musicien Soldis.

Quelquefois, il essayait, au cours de sa convalescence, de se représenter quelques scènes des opéras où il avait joué ; il pouvait, par la pensée, placer les chanteurs sur la scène et les musiciens autour de lui ; il revoyait presque tout le décor visuel de la pièce, sauf les visages, mais il disait ne pouvoir entendre un son et il s'angoissait à l'idée que son imagination auditive était peut-être muette pour toujours.

∴

En même temps qu'ils oublient le passé, beaucoup de nos confus sont dans l'impossibilité d'assimiler et de fixer le présent.

Cette amnésie antérograde est à son maximum pendant la période de délire orinique, mais elle survit à l'onirisme pendant un temps qui varie de quelque jours à plusieurs mois. Même quand les impressions n'ont plus la rapidité automatique du rêve, même quand elles sont lentement perçues, elles ne sont pas toutes fixées, ou elles le sont insuffisamment, à cause d'une défaillance profonde de la mémoire, un trouble dans l'enregistrement des faits.

Il résulte de cette amnésie que la lacune des souvenirs qui correspond à la période onirique se conti-

nue par une lacune moins profonde et moins nette, mais tout aussi réelle. Le malade, en sortant de son délire, s'est reconnu plus ou moins vite et il garde en général le souvenir de cette transition.

Je n'en ai pas connu qui ne répondît avec une précision suffisante quand on lui demandait : « Quand vous êtes-vous retrouvé ? »

Mais il s'en faut de beaucoup que les souvenirs qui suivent soient aussi précis que ce souvenir transitionnel et capital.

Voici Morel, déjà nommé, qui se rappelle très bien s'être retrouvé il y a deux jours.

Il s'est réveillé brusquement, il a compris tout de suite qu'il était dans un hôpital et, à se sentir là, au repos, en sécurité, il a éprouvé une certaine satisfaction. Jamais il n'oubliera ce souvenir.

L'obtusion mentale a d'ailleurs été légère ; il comprend quand on parle, il comprend, sans grande difficulté, quand il lit, et il est capable de s'analyser avec une certaine précision.

Mais l'amnésie rétrograde est déjà marquée, ainsi que nous l'avons vu, et, beaucoup plus encore l'amnésie visuelle de fixation.

A son réveil, comme il ne reconnaissait pas le visage des infirmiers qui passaient près de lui, même quand il les avait vus dix et vingt fois, il avait l'impression que des centaines d'infirmiers inconnus traversaient la salle. Cependant ces gens lui parlaient familièrement, lui serraient la main, avaient l'air de le connaître, et c'est ainsi que lui est venue la pensée qu'il pouvait bien avoir de l'amnésie.

Il ne m'a pas reconnu quand il m'a vu pour la première fois, mais il est encore incapable de me reconnaître le lendemain et le surlendemain ; trois jours de

suite, il a fallu que je me nomme. Le quatrième jour, au matin, je vais le voir avant de quitter le centre psychiatrique où on le traite et, souriant, il me tend la main en m'appelant par mon nom. « Je vois que vous me reconnaissez, lui dis-je. — Pas plus qu'hier et avant-hier, fait-il, mais je me suis dit que je devais vous reconnaître à ce signe que vous n'avez qu'un seul galon (1) et que tous les autres médecins de l'hôpital en ont davantage. » Depuis lors, jusqu'au jour où il m'a réellement reconnu, Morel m'a toujours nommé par mon nom. On saisit ici, sur le fait, un procédé de rectification très simple et très efficace et qui nous montre que la mémoire de fixation, comme la mémoire rétrograde, s'exerce encore vis-à-vis des choses quand elle ne s'exerce plus vis-à-vis des individus.

La mémoire verbale de fixation est beaucoup moins touchée, chez Morel, que la mémoire visuelle ; en temps ordinaire elle était excellente, ici elle est seulement ralentie. Morel met cinq minutes pour apprendre quatre vers d'Ampère fils que je lui récite et il les garde quelques jours.

C'est encore par cette mémoire verbale qu'il peut masquer les défaillances de sa mémoire visuelle à l'égard des individus. Il se rappelle assez vaguement mais il se rappelle m'avoir parlé et ce qu'il m'a dit ; il sait, par sa mémoire verbale, que je suis en tournée à Toul, que je suis venu le voir, que nous avons parlé de la Sorbonne etc., etc.

Le Lieutenant Lerier n'éprouve pas à reconnaître les personnes les mêmes difficultés que Morel, mais il avoue qu'il ne les reconnaît que grâce à un souvenir d'ensemble qu'il ne saurait analyser, bien plus

(1) L'auteur de ce livre était alors aide-major de 2e classe.

que par des détails particuliers qu'il est incapable de retenir.

Par exemple, il a toujours reconnu le docteur Milian qui le traite ; si je le prie de fermer les yeux et de se le représenter, il ne peut dire s'il est barbu ou imberbe, grand ou petit, brun ou blond ; s'il porte un lorgnon, etc., etc.

Haudry ne peut reconnaître les airs qu'il connaissait et il ne les fixe pas ; jamais il ne les retrouve de lui-même et, la seconde fois qu'il les entend, il ne les reconnaît pas plus que la première. Quand il commence à lire les imprimés et les manuscrits, je lui dis : « Regarde bien les lettres, et tâche de les reproduire. » Il s'y essaie avec quelque succès, mais si on lui enlève le modèle, il hésite, se trompe et finalement n'écrit pas. « Il me semble, dit-il, que les lettres sont faciles à faire, mais, quand je ne les vois plus, je n'en retrouve pas les formes. »

Aussi, comme je lui demande assez souvent de copier des textes imprimés et qu'il hésite sur les lettres manuscrites, il a fini par employer un alphabet où il a écrit, côte à côte, les lettres imprimées et les lettres manuscrites.

Dans un ordre plus général de faits, il oubliait, quelques jours après son réveil, que je l'avais vu le matin, que je devais le revoir le soir, s'il avait déjeuné, et la plupart des incidents de la journée.

Cette amnésie de fixation peut durer longtemps, même après une guérison apparente et suffisante pour que le sujet parte en convalescence ou même retourne au front. J'en ai constaté souvent les vestiges, après cinq, six, sept mois et davantage, chez des militaires que j'ai revus après leur sortie.

∴

Nous avons donc affaire à des amnésies rétrogrades et à des amnésies antérogrades ou de fixation qui traduisent la difficulté de l'évocation ou de l'assimilation ; mais les amnésies d'évocation se sont présentées plusieurs fois sous une forme globale d'autant plus étrange qu'elle se continue d'ordinaire en pleine convalescence, alors que l'activité de l'esprit tend à redevenir normale ; et les amnésies de fixation, comme les amnésies d'évocation, se sont présentées souvent sous des formes si spéciales, si électives, qu'on pourrait parler de cécité verbale et de surdité verbale, de cécité musicale et de surdité musicale. Nous pensons que des causes multiples interviennent ici pour déterminer les différentes manifestations de l'amnésie confusionnelle.

D'une façon générale, quand les malades ne sont pas en état de délire ou d'asthénie profonde, on peut constater chez tous une altération plus ou moins profonde des formes simples ou des formes complexes de l'effort mental, altération qui se manifeste dans tous les domaines de l'activité mentale, depuis la perception jusqu'à l'exécution des mouvements volon taires.

Si on était désireux d'introduire de l'unité dans la plupart des troubles mentaux qui caractérisent la confusion, aussi bien pour les troubles intellectuels que pour les troubles mnésiques, c'est dans la difficulté ou l'impossibilité de l'effort mental qu'il en faudrait chercher le caractère commun. Les amnésies rétrogrades, lacunaires, antérogrades, malgré les diffé-

rences que nous avons signalées dans leurs conditions et leurs résultats, relèvent toutes, d'abord, de cette altération générale et elles traduisent soit une difficulté plus ou moins grande d'évoquer le passé pour le rattacher à l'ensemble de la personnalité consciente, soit une difficulté plus ou moins grande d'assimiler le présent en le faisant rentrer, par des liens multiples, dans cette synthèse d'idées, d'états affectifs et de tendances qui est notre moi. Que l'amnésie marche en avant ou qu'elle marche en arrière, ce qui paraît atteint chez tous les malades c'est une fonction d'appréhension et de synthèse que Pierre Janet a fort bien analysée et définie (1).

Si, d'autre part, l'amnésie rétrograde s'arrête d'ordinaire, dans sa régression vers le passé, à des limites variables suivant les individus et d'ailleurs indécises, c'est sans doute qu'à mesure qu'elle remonte en arrière, elle rencontre des souvenirs mieux enregistrés parce que plus anciens, et que la part de l'effort conscient devient de plus en plus faible tandis que la part de l'automatisme devient de plus en plus prépondérante dans l'évocation.

Si elle paraît parfois capricieuse et supprime des catégories de souvenirs anciens alors qu'elle en laisse subsister de plus récents, c'est peut-être parce que nous avons des façons différentes d'apprendre et que les souvenirs sont plus ou moins bien enregistrés et plus ou moins faciles à évoquer suivant qu'ils relèvent de tel ou tel procédé d'acquisition. Quand Morel se souvient de l'allemand et de l'italien et oublie le latin

(1) Cf. sur ce point, et sur bien d'autres, l'ouvrage de Pierre Janet sur *les Obsessions et la Psychasthénie* et l'étude de Séglas sur la Confusion mentale dans ses *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*, p. 149. Paris, 1895.

qu'il sait depuis un temps beaucoup plus long, c'est peut-être parce qu'il a appris le latin d'une façon rationnelle, comme on l'apprend d'ordinaire, par l'analyse des mots et des phrases, par la lecture attentive des textes, tandis qu'il a appris l'allemand et l'italien d'une façon automatique, par l'oreille, pour des raisons d'ordre pratique et utilitaire. Ce qui permettrait dans ce cas la réapparition plus facile des souvenirs d'allemand et d'italien ce serait le rôle considérable qu'a joué l'automatisme verbal dans leur acquisition. Les souvenirs des deux langues modernes et de la langue ancienne ne seraient pas sur le même plan.

On peut faire les mêmes remarques au sujet de l'amnésie de fixation ; chacun de nous peut avoir, pour enregistrer et fixer ses souvenirs, des procédés d'association visuelle, auditive, motrice qui résistent d'autant mieux qu'ils sont plus habituels et plus automatiques, en dépit du trouble profond de l'assimilation mentale. Et l'on doit toujours aussi faire la part des prédispositions individuelles qui font prédominer, suivant les individus, telle ou telle forme de mémoire.

Mais, quand on a présenté ces explications et ces hypothèses, on est obligé de s'arrêter devant des amnésies qu'elles ne peuvent expliquer et qui sont les formes extrêmes de l'amnésie chez les confus, d'une part les amnésies globales qui s'étendent sur toute la vie, de l'autre des amnésies électives, spécialisées souvent à des lettres, à des mots entendus ou écrits. Il est déjà très étrange que le latin, même oublié, ne donne pas, à la lecture, l'impression d'une langue connue et que les mots les plus familiers de cette langue ne soient plus compris. Il est plus étrange

encore qu'Haudry, Delnod et Marot aient perdu à ce point la mémoire totale de l'orthographe qu'ils en soient réduits à une certaine orthographe phonétique, plus compliquée parfois, dans sa nouveauté, que la bonne orthographe ; qu'Haudry, un dessinateur, ait perdu la mémoire des lettres manuscrites, et que Soldis, un musicien, ne puisse lire une portée musicale, reconnaître *la Marseillaise* ou se représenter des sons. Enfin, il est tout à fait extraordinaire que Godard et Planel puissent avoir des amnésies totales sans que leur vie pratique et intellectuelle ne soit pas plus gênée par cette formidable lacune qui devrait les rendre débiles et inutilisables pour tout. Nous pensons et nous espérons bien montrer, à propos de ces faits et à propos de quelques autres faits de cécité verbale, de surdité verbale et d'aphasie, que l'autosuggestion intervient chez les confus pour créer ou parachever les formules extrêmes de l'amnésie ; mais, comme elle intervient également pour provoquer un grand nombre d'accidents nerveux, il y a tout avantage à ne faire qu'une seule démonstration. Aussi reparlerons-nous des amnésies globales et des amnésies électives, des surdités verbales, des cécités verbales et des aphasies lorsque nous tenterons d'expliquer un certain nombre d'accidents nerveux dont nous comptons les rapprocher et où l'autosuggestion joue un rôle, les surdités, les cécités, les surdimutités, les mutismes, les paralysies que l'on rencontre chez tant de confus peu atteints ou chez des confus en voie d'amélioration.

CHAPITRE III

DES CONDITIONS ORGANIQUES DES TROUBLES MENTAUX CONFUSIONNELS

Jusqu'ici nous avons constaté chez les confus un accident initial (émotion presque toujours suivie de commotion) et toute une série de troubles mentaux que les confus présentent à des degrés divers (onirisme, passivité, obtusion, amnésie, difficulté plus ou moins grande de l'effort mental sous toutes ses formes).

Est-il possible de savoir comment la secousse initiale produit de pareils troubles? Peut-on expliquer la confusion des confus?

Les lésions organiques ont attiré très justement l'attention des médecins. Les lésions externes ne sont pas rares, car les confus ont pu être blessés directement ou indirectement par l'obus dont l'éclatement les a commotionnés ; mais ces lésions manquent souvent ou se réduisent à des contusions insignifiantes.

Les lésions périphériques telles que les hémorragies auriculaires et les commotions labyrinthiques ne sont pas rares non plus, mais elles ne sont pas constantes et, pas plus que les précédentes, elles

n'expliquent le phénomène profond de la confusion mentale.

Dans le liquide céphalo-rachidien qui baigne la masse du cerveau et de la moelle, P. Ravaut (1) a signalé, chez des commotionnés, du sang, du pus, de l'albumine qui devraient faire penser à des lésions organiques du système cérébro-méningé et ces symptômes seraient d'un grand intérêt s'ils étaient constants, mais ils ne le sont pas. Gustave Roussy et J. Boisseau (2), ayant examiné le liquide céphalo-rachidien de dix-neuf sujets présentant des troubles neuro-psychiques après éclatement d'obus de gros calibre, ont trouvé dix-sept résultats négatifs.

Henri Aimé et moi-même avons trouvé, une fois seulement, un peu de sang dans le liquide céphalo-rachidien, par ailleurs normal, de douze confus pris en série.

Sans doute, il faudrait bien se garder de conclure de ces résultats négatifs à l'absence de toute lésion cérébrale ou médullaire. Nous verrons au contraire que, même dans certains cas où le liquide céphalo-rachidien est normal, nous pouvons avoir toutes raisons d'admettre et d'invoquer de petites lésions centrales pour expliquer un certain nombre d'accidents dont je parlerai plus loin et qu'on se presse un peu trop d'appeler hystériques ou pithiatiques ; mais, pour ce qui concerne les accidents caractéristiques de la confusion mentale que je viens de décrire, on ne fait que constater un fait en disant que la recherche des lésions n'a même pas permis d'esquisser une explication générale.

Si l'on veut entrevoir, sinon l'explication, du moins

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, 22 juin 1915.
(2) *Presse médicale*, 11 novembre 1915.

la direction dans laquelle on doit la chercher, il faut se rappeler d'abord que les troubles confusionnels sont caractéristiques de toutes les intoxications. On peut les rencontrer, à titre épisodique, dans toutes les maladies infectieuses ou toxiques et même dans certaines affections mentales qui s'accompagnent accessoirement d'intoxication comme les mélancolies et les manies; mais on les rencontre aussi, à titre permanent, comme la manifestation principale d'une infection ou d'une intoxication sous-jacente, et c'est alors que l'on parle de confusion mentale plutôt que d'accidents confusionnels.

La mort, qui s'accompagne toujours d'accidents toxiques, s'accompagne souvent de phénomènes confusionnels, et le délire onirique de l'agonie, avec ses hallucinations plus ou moins confuses, a donné naissance à cette légende que les mourants sont des voyants qui regardent au delà du présent et de la tombe.

L'inanition, qui oblige le sujet à se nourrir de ses propres réserves et entrave l'élimination des éléments toxiques, provoque également de la confusion mentale. C'est un délire onirique d'inanition que Flaubert a décrit, en le poétisant, dans ce chapitre du défilé de la Hache, où il nous montre les mercenaires mourant de faim :

« Ceux qui étaient nés dans les villes se rappelaient des rues toutes retentissantes, des tavernes, des théâtres, des bains, et les boutiques des barbiers où l'on écoute des histoires... Les voyageurs rêvaient à des citernes, les chasseurs à leurs forêts, et, dans la somnolence qui les engourdissait, leurs pensées se heurtaient avec la netteté des songes. Des hallucinations les envahissaient tout à coup ; ils cherchaient

dans la montagne une porte pour s'enfuir et voulaient passer au travers. D'autres, croyant naviguer par une tempête, commandaient la manœuvre d'un navire, ou bien ils se reculaient épouvantés, apercevant dans les nuages des bataillons puniques. Il y en avait qui se figuraient être à des festins et qui chantaient ».

Il en est ainsi dans tous les délires qui se produisent au cours d'infections aiguës ou chroniques, dans la fièvre typhoïde par exemple, où Devaux et Logre ont étudié très heureusement les manifestations du délire de guerre (1).

Il en est encore ainsi, et pour les mêmes raisons, dans le délire alcoolique.

Souvent l'intoxication ou l'infection sont difficiles à déceler derrière les manifestations de la confusion mentale, mais l'analogie nous oblige à les admettre et à les chercher et c'est un principe accepté par les aliénistes que toute confusion mentale, onirique ou non, doit y trouver ses conditions profondes.

Nos confus sont donc très vraisemblablement des intoxiqués et, comme il est établi, d'autre part, qu'ils deviennent confus à la suite d'émotions, il est nécessaire d'admettre que les émotions exercent sur l'organisme une influence toxique. C'est bien ainsi d'ailleurs que les psychiatres conçoivent leur action lorsqu'ils l'invoquent comme une cause de confusion mentale. L'émotion s'accompagne de modifications profondes dans toutes les fonctions organiques, respiratoires, circulatoires, nutritives ; elle fait varier la pression du liquide céphalo-rachidien comme je l'ai montré avec Laignel-Lavastine (2), elle exerce une action

(1) *Presse médicale*, 23 septembre 1915.
(2) *L'Encéphale*, 1914, t. I, p. 19.

énergique sur les sécrétions des glandes externes ou internes, comme je l'ai montré avec Malloizel (1); elle peut provoquer par là des phénomènes généralisés d'auto-intoxication, en même temps qu'elle provoque vraisemblablement une intoxication spéciale des centres cérébraux par l'épuisement et les troubles nutritifs qu'elle y détermine. Son action et ses conséquences seraient, dans ce cas, très analogues à l'action et aux conséquences de tous les surmenages cérébraux.

Enfin, quand on concède un rôle à l'ébranlement du système nerveux, ce rôle ne fût-il que préparatoire, on a le droit de penser que cet ébranlement agit par un mécanisme analogue, si l'on admet, conformément à de récentes expériences de Crile (2), que l'épuisement qui résulte d'un ébranlement organique, se traduit en définitive, comme l'épuisement émotionnel, par une acidité du sang.

On arrive ainsi, sinon à une explication physiologique de la confusion mentale de guerre que nul ne saurait avoir la prétention de donner, du moins à une conception cohérente et vraisemblable, à laquelle les chapitres suivants apporteront, j'espère, quelques précisions.

Ce qu'on peut dire tout de suite c'est que la confusion mentale que nous venons d'isoler ici, pour la commodité de la description, n'est pas une maladie autonome, ayant une personnalité clinique bien établie, mais au contraire un groupement de symptômes mentaux, faisant partie d'un ensemble de troubles

(1) *Journal de Psychologie*, 1910, p. 62.

(2) *Recherches sur l'épuisement*, *Société de Biologie*, février, 1915.

organiques, parmi lesquels il va falloir replacer ces symptômes pour les mieux comprendre. Ce qu'on peut ajouter c'est que, dans la plupart des accidents névropathiques qui sortent du choc émotif et de la commotion pour se sérier en une espèce de drame morbide, la confusion joue, comme nous le verrons, un rôle important et introduit une sorte d'unité. C'est assez indiquer que nous ne quittons les confus que pour les reprendre.

CHAPITRE IV

DES ACCIDENTS NERVEUX PROVOQUÉS PAR LES ÉMOTIONS ET LES COMMOTIONS

I

Il arrive souvent que les accidents confusionnels se trouvent associés avec des troubles nerveux divers, tels que la surdité, la surdi-mutité, le mutisme, la cécité, l'anesthésie et l'analgésie, les aphasies sensorielles ou motrices, les tremblements, les tics, les paralysies, les troubles circulatoires, etc. Comme beaucoup de ces troubles sont en relation, non seulement avec l'émotion et l'ébranlement nerveux produits par l'explosion, mais aussi avec les modalités physiques du choc explosif, il est indispensable de dire quelques mots du mécanisme de l'explosion, tel que les physiciens le conçoivent.

Une explosion, nous disent-ils, est une combustion instantanée, une décomposition brusque qui libère un volume considérable de gaz portés à une température très élevée. Les effets mécaniques sont dus au fait même de l'explosion et à la détente qu'elle déter-

mine. Une partie de la force vive inhérente aux molécules gazeuses se communique soit aux projectiles, soit aux parois fracturées du récipient et aux corps environnants qui sont ébranlés, renversés, disloqués, brisés en morceaux et projetés dans des directions différentes.

Quand la durée des réactions moléculaires qui s'accomplissent dans la substance explosive est particulièrement brève, les gaz de l'explosion développent des poussées si rapides que les corps environnants, même quand ils sont gazeux comme l'air, n'ont pas le temps de se mettre en mouvement pour y obéir graduellement ; l'air oppose alors à la détente des gaz des résistances qu'on peut comparer à celles d'une paroi fixe.

D'autre part, l'explosion, considérée dans la substance qui explose, s'y produit par une série de chocs qui partent de la première couche atteinte, se transmettent successivement aux autres couches et constituent l'onde explosive. Par suite de la décomposition successive des couches atteintes par les chocs, l'intensité de l'onde explosive, sans cesse renouvelée, demeure constante, tandis que sa vitesse augmente et peut atteindre 6.000 mètres à la seconde.

Ces ondes, d'origine chimique, donnent naissance, dans les milieux environnants, à des ondes physiques qui transmettent l'ébranlement, depuis le centre explosif et tout autour de lui, avec une intensité qui ne cesse pas de décroître parce que rien ne la renouvelle.

Les ondes physiques qui se propagent ainsi se caractérisent par des compressions et des déformations subites du milieu qui les transmet ; elles cheminent avec une vitesse initiale très grande et gardent leur régularité

jusqu'au moment où le milieu est interrompu ; là, ces compressions et déformations changent de modes et se transforment en un mouvement d'impulsion, c'est-à-dire qu'elles reproduisent, plus ou moins affaibli suivant la distance, le choc qui leur a donné naissance. Ainsi s'expliquerait le fait bien connu qu'une cartouche qui explose peut, sans contact de particule solide, faire exploser à distance une autre cartouche, explosion qui ne se produit pas si la seconde cartouche, suspendue à un fil, oppose une résistance moindre au mouvement d'impulsion qu'elle reçoit (1).

Ajoutons que toute explosion s'accompagne non seulement de compressions violentes et brusques mais de décompressions également brusques auxquelles on a voulu, comme nous le verrons, faire jouer un rôle dans la production de certaines lésions. Ces décompressions sont dues au vide relatif qui succède au refoulement de l'atmosphère, après le refroidissement des gaz.

J'ai, moi-même, constaté, lors du bombardement par avions de la ville de Toul (2) qu'une bombe ayant éclaté sur le sol, contre le mur de l'église Saint-Gengout, les vitraux les plus voisins s'étaient cintrés de dedans en dehors comme si l'explosion avait produit, dans son dernier temps, une forte aspiration. Un ingénieur, R. Arnoux, nous a apporté une indication beaucoup plus précise : ayant eu l'occasion d'observer, au cours de cette guerre, un baromètre de poche mis hors d'usage par l'explosion d'un gros obus allemand, il s'est aperçu que ce baromètre,

(1) Cf. BERTHELOT, *La Force des matières explosives.* 1er vol. p. 1, 10, 11, 68, 69, 76, 121, 122, 199. Paris, 1883.
(2) En juin 1916.

simplement dérangé, avait fonctionné comme un baromètre à minima. Il a pu ainsi constater que l'explosion avait provoqué, dans la pièce où se trouvait l'instrument, à trois mètres du centre d'éclatement, une dépression très brève d'une demi-atmosphère et un refoulement qui s'opérait, d'après ses calculs, sous une pression de 10.360 kilogrammes par mètre carré, avec une vitesse de 276 mètres à la seconde (1).

Ces données élémentaires permettent de comprendre qu'à la suite d'un éclatement d'obus, dans un rayon qui ne dépasse guère 10 mètres et qui peut être souvent beaucoup plus court, on observe, en sus des blessures et des morts dues aux projectiles, des effets que nous connaissons déjà et d'autres que nous ne connaissions pas encore :

1° Le sujet, renversé ou projeté par la poussée de l'air, peut faire une chute sur le crâne ou sur la colonne vertébrale, être atteint dans ces deux régions par des matériaux divers, etc., etc ; (Cf. p. 44) ;

2° Il peut être atteint sur la surface de son corps, notamment dans ses organes sensibles et, à travers la paroi abdominale, dans ses viscères, par le choc aérien (Cf. p. 45) ;

3° Il peut être soumis à des variations brusques de pression ;

4° Il peut être exposé à des chocs à distance, par suite de la transformation des ondes physiques d'explosion en mouvement d'impulsion.

En même temps qu'à ces agents mécaniques, quelques auteurs, P. Sollier et M. Chartier en France (2), Lewin (3) en Allemagne, ont attribué un

(1) Arnoux, Société des Ingénieurs civils de France, 25 juin, 1915.

(2) *Les Commotions par explosif*, *Paris médical*, octobre 1915.

(3) *Ueber Vergiftung durch kohlenoxydhaltige Explosionsgase aus Geschossen* etc., *Munch. med. Wochenschr.* 1915, n° 14.

rôle aux gaz toxiques développés par l'explosion et notamment à l'oxyde de carbone. Il se peut que des intoxications de ce genre se produisent lorsque l'explosion a lieu dans un espace relativement clos, dans une cave ou un abri souterrain par exemple, mais je n'ai pas eu l'occasion d'en rencontrer chez les commotionnés de la N^e et de la Xe armée.

∴

Parmi les troubles nerveux que l'on trouve chez les commotionnés, il en est de constants ou tout au moins de très fréquents qui concernent la vie végétative et l'émotivité.

Nous avons déjà eu l'occasion de parler de ces troubles quand nous avons énuméré les principales

Le docteur Gaupp, de Tubingue, qui a étudié les effets produits sur le système nerveux par l'explosion des projectiles à proximité (*Die Granatkontusion, Vortrag im med. naturwissensch. Verein, Tübingen*, am. 3, XII, 1914), invoque quatre causes nocives :

1° Compression et décompression brusques de l'air.

2° Emanations de gaz toxiques.

3° Ebranlement mécanique de tout le corps, particulièrement du cerveau et du système sympathique par la force de l'explosion.

4° Ebranlement psychique par l'angoisse, l'effroi, la peur, l'incertitude.

Il tient pour accessoires et de second plan la première et la seconde cause et il décrit, sous le nom de psychose par explosion de grenade, une affection qu'il rapproche de la psychose de guerre observée par Schaikewicz dans la guerre russo-japonaise.

manifestations organiques et mentales de la commotion, et nous avons signalé, chez le commotionné récent, des symptômes de shock souvent associés, dès le début, à des symptômes d'excitation qui deviennent de plus en plus nombreux et marqués à mesure que les précédents se dissipent.

Au bout de quelques jours il ne reste plus guère, en fait de symptômes d'inhibition, — et encore très rarement — que de la rigidité pupillaire.

Tous les réflexes, cutanés, tendineux et pupillaires sont vifs.

Dans l'ordre musculaire, on constate une tendance souvent très marquée aux spasmes.

Dans l'ordre circulatoire on observe un déséquilibre fréquent de l'innervation des artérioles de la peau que j'ai rencontré, pour ma part, dans la presque totalité des cas, et qu'on désigne, suivant son intensité, sous le nom de raie de Trousseau ou de dermographisme (δέρμα, *peau*, γράφω, *j'écris.*)

Chez beaucoup de nos sujets, (60 o/o environ), la peau frottée avec l'ongle présente une raie d'abord blanche, puis rouge, qui persiste longtemps... C'est une sorte de dermographisme léger. Chez quelques autres commotionnés, on voit apparaître, pour la même excitation, une raie rouge à laquelle succède une raie blanche qui devient de plus en plus saillante. On peut ainsi tracer sur la peau, avec le crayon ou l'ongle, des caractères en relief qui s'effacent après une durée variable.

Dans les muscles du larynx, du pharynx et de la région de l'œsophage, beaucoup de commotionnés accusent un sentiment de constriction qui, chez plusieurs d'entre eux, se traduit objectivement par des spasmes toutes les fois qu'ils veulent avaler ; d'autres

accusent aussi un sentiment de gêne respiratoire qui correspond objectivement à de l'oppression et à de la dyspnée.

Un grand nombre ont, pour les raisons les plus futiles, des crises aiguës de peur ou d'angoisse qui se manifestent par une accélération de la respiration et du pouls, par des larmes, des transpirations profuses, du tremblement, des bégaiements et de l'agitation motrice. L'imitation, même grossière, du bruit du canon suffit pour provoquer des réactions d'angoisse chez un grand nombre de ceux qui ne sont pas en état de stupeur. On peut même, avec les plus susceptibles, se borner à prononcer de simples mots d'épreuve, tels que canon, fusil, obus, marmite, etc... Quelques malades, qui souffrent particulièrement de cette susceptibilité, demandent qu'on ne leur parle jamais de la guerre ; tel Blondel, qui m'écrit, quinze jours après son accident : « Aujourd'hui encore, je ne peux lire les nouvelles de la guerre dans les journaux et j'évite soigneusement les conversations relatives à ce sujet ; l'impression que me produisent ces faits est telle que je ne peux m'empêcher de pleurer et qu'une confusion inexplicable gagne mon cerveau. Cette confusion est, il est vrai, passagère si j'essaie de donner un autre cours à mes pensées. » Mais, quelque soin que l'on apporte à écarter de ces malades les souvenirs pénibles, les faits parlent souvent d'eux-mêmes et déterminent de véritables crises émotives. C'est ainsi que le bombardement par avions de la ville de Toul a littéralement affolé plusieurs de nos malades, pourtant bien en sécurité dans les caves de l'hôpital.

Ces troubles réflexes et émotifs, qui sont plus ou moins marqués suivant les individus et qui sont rare-

ment au complet chez le même, se produisent d'ordinaire en assez grand nombre pour former une sorte de tableau clinique ; ils correspondent, à peu près, aux symptômes par lesquels Dupré a caractérisé la constitution émotive, et, comme nous le verrons, c'est une question de savoir si cette constitution a été créée ou seulement révélée par la commotion.

C'est un fait rapporté par beaucoup d'auteurs que les très grandes émotions, même quand elles sont pures de tout ébranlement organique, peuvent donner naissance, comme les ébranlements purs de toute émotion, à des phénomènes de shock. Je n'ai, pour ce qui me concerne, jamais rien observé de pareil mais j'ai vu souvent, en revanche, tous les signes sus-énumérés de la constitution émotive se présenter, comme séquelles, chez les purs émotionnés, à la suite d'ictus ou de raptus.

Quand cette hyperémotivité se traduit par des crises aiguës et fréquentes, on peut parler de véritables névroses émotives et ces névroses, qu'on appelait autrefois du terme amphibologique de névroses traumatiques, sont ainsi parmi les séquelles possibles de tous les accidents sus-indiqués, ictus, raptus et commotions. L'angoisse y prédomine d'ordinaire, sans doute à cause des circonstances de guerre qui mettent en relief l'aptitude anxieuse et peut-être aussi parce que l'angoisse est la forme la plus commune et la plus basse de l'émotion dépressive ; mais on peut rencontrer, dans ces névroses émotives, de l'impatience, de la douleur morale et même de l'irritabilité.

∴

Avec ces troubles nerveux de la vie végétative, mais dans une proportion beaucoup moindre, on rencontre, chez les commotionnés, les accidents nerveux de la vie de relation, parmi lesquels le plus fréquent est le mutisme.

Sur 348 sujets que nous avons examinés en dix mois, 65 ont été muets et, qu'ils souffrissent de leur infirmité ou qu'ils en prisseut leur parti — ce qui était le cas le plus fréquent — ils ne répondaient que par écrit ou par signe aux questions posées, sans paraître se douter que l'on pût répondre autrement.

Prenons-en quelques-uns au hasard parmi ceux qui s'expriment ainsi et ordonnons-leur de parler. Les uns, le plus grand nombre, font une très forte expiration sans actionner leur larynx, de sorte que la colonne d'air qui sort de la trachée n'entraîne aucune vibration des cordes vocales. Les autres, dont la proportion beaucoup plus faible n'atteint pas 20 o/o, ne font aucun effort d'expiration ; ils se bornent à ouvrir la bouche sans remuer ni la langue ni les lèvres. Ils savent encore se servir de leur langue pour la mouvoir dans toutes les directions et de leurs lèvres pour faire mine de sucer, de souffler, etc., mais ils ne peuvent plus articuler un mot, et ils n'imitent pas du tout ou ils imitent très mal et sans aucun résultat les mouvements d'articulation qu'on fait devant eux. Il semble donc que, chez les uns, c'est la phonation qui est particulièrement atteinte et, chez les autres, l'articulation.

Un très petit nombre de commotionnés parlent à

voix basse, comme s'ils n'avaient pas la force de parler tout haut, et, quand on les presse d'élever la voix, ils se disent incapables de l'effort qu'on leur demande.

D'autres, surtout ceux qui ont été muets et qu'on a guéris par des procédés rapides, parlent lentement, en scandant les mots : « Je-vais-beau-coup-mieux ; je-sens-que-ce-la-re-vient. » D'autres bégaient après ou sans avoir été muets ; ils s'arrêtent sur certaines syllabes, en particulier sur les syllabes des mots un peu longs et les répètent d'une façon « spasmodique et explosive » comme l'ont très justement écrit Paul Sollier et J. Chartier (1).

On rencontre également, dans l'ordre moteur, des paralysies, des vertiges, des tremblements et des tics.

Les paralysies sont produites par la perte de la motilité volontaire, soit dans un groupe de muscles, soit dans un membre, soit dans les deux membres supérieurs ou inférieurs, soit dans une moitié du corps.

Lévy Valensi a rapporté le cas d'un soldat qui, ayant eu, tout d'abord, une atteinte de paralysie radiale, vraisemblablement provoquée par le froid, a présenté, après l'explosion de sa tranchée, une paralysie des muscles extenseurs et fléchisseurs de la même main (2).

Jolly (3) rapporte le cas très analogue d'un militaire qui avait fait, il y a dix ans, une paralysie radiale

(1) Le Mutisme et l'inaudition fonctionnels, *Revue de médecine* (Paris, F. Alcan) décembre 1916.

(2) *Presse médicale*, n° 23, 1915

(3) Schmidt's, *Jahrb. d. ges. Medizin*, 321, 141, 1915.

gauche et qui a fait une paralysie brachiale double à la suite d'une explosion de grenade.

On a rapporté de même plusieurs cas de paralysies d'un membre inférieur ou des deux membres, survenues à la suite d'explosion d'obus à proximité.

Pour ce qui me concerne, je n'ai pas observé de paralysie complète mais cinq cas de parésie crurale simple ou double. Les sujets pouvaient encore mouvoir, mais sans force, les membres inférieurs.

Saclof, qui avait été précipité par le vent de l'explosion dans un trou qu'il creusait, a présenté non pas une paralysie des jambes mais des dérobements subits pendant tout le temps qu'a duré son délire onirique. Il s'avançait dans la salle, les yeux perdus dans le vide, parce qu'il était resté aveugle après son accident, et la main tendue devant lui pour éviter les obstacles. Puis, tout à coup, il paraissait regarder quelque chose sous ses pas et faisait un grand geste d'effroi. Il s'affaissait alors brusquement. Le reste du temps, dans les moments de répit, il allait et venait dans la pièce, sans que la marche parût troublée autrement que par la cécité.

Je n'ai rencontré que quatre fois, chez des commotionnés, ce trouble curieux qu'on appelle astasie-abasie et dans lequel les malades, sans parésie ni paralysie des membres inférieurs, sans incoordination des autres mouvements, sont incapables de coordonner leurs contractions musculaires pour la station debout et pour la marche. Chez tous, la marche était gênée ou rendue impossible par les mouvements de flexion et d'extension ou par les mouvements de trépidation qui s'exécutaient dans les jambes quand ils étaient debout.

Je tends à croire également que les hémiplégies

par commotion ont été assez rares. Je n'en ai rencontré que trois cas. Encore dans l'un s'agissait-il d'une hémiparésie plutôt que d'une hémiplégie. Le cas le plus net a été celui du soldat Buffet qui était allongé sur un lit de camp, vers trois heures de l'après-midi, dans une cabane qui lui servait d'abri, lorsqu'une torpille, crevant le toit, est venue tomber près de lui ; il n'a eu que le temps de gagner la porte et de l'ouvrir ; le vent de l'explosion l'a projeté en avant et l'a roulé par terre. Il a perdu connaissance pendant quelques minutes mais il a pu gagner tout seul le poste de secours pour faire panser une plaie contuse qu'il s'était faite, en tombant, sur la partie droite du front. Le lendemain, il a senti son côté gauche plus lourd ; quelques heures plus tard, il traînait ce côté plus qu'il ne le mouvait, et, en trente-six heures, une paralysie flasque et totale du membre supérieur et du membre inférieur s'est établie.

On a beaucoup parlé, dans les réunions de neurologistes de l'armée, d'une catégorie de commotionnés très étranges, au moins par leur aspect extérieur, et qui se caractérisent par une incurvation plus ou moins accusée du tronc. Souques et Mme Rosanof-Saloff qui les ont baptisés du nom de campto-cormiques (κάμπτω je courbe, κορμός le tronc) en ont donné une très bonne description (1), en insistant sur les déformations morphologiques qui se produisent au niveau des lombes, du dos, du ventre et des fesses, par suite de l'attitude vicieuse de la colonne vertébrale ; mais, plus le sujet se courbe, plus il est obligé, de porter la tête en haut et en avant pour regarder devant lui, et cette attitude, aussi caractéristique que la précédente,

(1) *Revue neurologique*, novembre-décembre 1915, p. 937.

raccourcit la nuque en y dessinant des plis transversaux.

J'ai observé neuf courbe-troncs dans la N^e^ armée ; chez les uns l'incurvation était particulièrement marquée dans la partie dorsale de la colonne ; chez la plupart, elle était surtout manifeste dans la région lombaire. Quand on leur demandait la raison de leur attitude, ils répondaient invariablement qu'ils ne pouvaient se redresser sans souffrance, et, de fait, ils paraissaient souffrir et résistaient en se plaignant quand on essayait de les redresser en leur appuyant le dos contre un mur.

On constate, chez beaucoup de commotionnés, des tremblements tantôt continus, tantôt intermittents, tantôt généralisés à tous les membres, tantôt limités aux bras et aux jambes, quelquefois à un bras ou à une jambe, et quelquefois enfin à une extrémité.

Je n'ai constaté que dix fois, chez nos commotionnés, des mouvements expressifs automatiques : l'un d'eux, Eyrich, avait, quatre fois par minute, des contractions localisées à l'épaule et au bras gauche et qui reproduisaient assez exactement une des expressions de la peur. L'avant-bras se fléchissait sur la poitrine dans un geste de défense, tandis que l'épaule remontait brusquement. Le sujet paraissait chaque fois regarder fixement quelque chose. Il était alors dans un délire onirique silencieux et ne répondait même pas aux questions posées à voix basse. Il a gardé ces contractions quelques jours après être sorti de son délire, mais, comme il avait perdu tout souvenir de l'état dont il sortait, il n'a jamais pu me donner la moindre explication.

Parmi les neuf autres malades, deux torpillés ont eu, pendant leur délire onirique, des mouvements

d'oscillation de la tête qu'ils portaient tantôt à droite, tantôt à gauche d'une façon continue, avec l'œil fixe et une expression inquiète. Les mouvements d'oscillation se sont atténués d'eux-mêmes après la disparition de l'onirisme et ont cessé en quelques jours. Les sept autres malades avaient des tressaillements plus ou moins espacés : c'étaient des mouvements automatiques et réflexes, très analogues à ceux de l'étonnement et de la peur.

∴

Dans l'ordre sensoriel, les troubles qui frappent le plus, sans qu'on ait besoin de les chercher, c'est la cécité et la surdité.

Ces surdités présentent tous les degrés, depuis la surdité légère ou moyenne jusqu'à la surdité totale ; elles sont bilatérales ou unilatérales.

Presque tous les sourds accusent des bourdonnements, des bruits qu'ils comparent à des sons de cloches ou à des canonnades lointaines (boum, boum, boum) et plus souvent encore à des sifflements tout à fait analogues à ce que nous entendons après un cri aigu : « Je vis dans les sifflements, dit Galois, ils m'entourent ; où que j'aille, j'ai la sensation que tout siffle et je n'entendrai rien tant que ces sifflements continueront ».

Six sourds seulement m'ont déclaré ne rien entendre, ni bourdonnements, ni sifflements.

Un certain nombre de sourds étaient en même temps muets et entraient par là dans une catégorie que nous connaissons.

Gilbert Ballet nous a mis très heureusement en

garde contre une erreur qui consisterait à prendre pour des sifflements ou des bourdonnements des images auditives intenses et obsédantes ; il a conté le cas d'un zouave, commotionné par un éclatement d'obus, qui entendait l'obus siffler et éclater, plusieurs mois après son accident. Ce phénomène de représentation mentale, et presque d'hallucination, qui se produit quelquefois, n'a en effet aucun rapport avec les sifflements et les bourdonnements que nous constatons et qui ont, comme on le verra, une tout autre origine.

Dans un certain nombre de cas, les sifflements et les bourdonnements se sont accompagnés de troubles de l'équilibre, les sujets ayant éprouvé des sensations illusoires de déplacement et réagi contre elles par des mouvements nécessairement inadaptés.

J'ai observé dix fois seulement ces troubles de l'équilibre et toujours avec bourdonnements et diminution de l'ouïe ; le tableau clinique réalise alors les symptômes de ce que les vieux cliniciens appelaient la maladie de Ménière.

Le cas le plus remarquable a été celui de Perro, un jeune soldat de dix-huit ans, qui a présenté, entre autres symptômes, après l'éclatement d'un obus à proximité, une surdité presque complète de l'oreille droite, avec de forts bourdonnements du même côté, et l'illusion que les objets tournaient en cercle de gauche à droite.

Il présentait aussi des oscillations de la tête de bas en haut et de haut en bas, ainsi que des oscillations des globes oculaires dans le même sens, et, de temps à autre, il paraissait entraîné en arrière et à gauche comme s'il avait été sur le point de culbuter. Il avait des troubles de l'équilibre quand il marchait devant

lui ou dans le sens de la largeur, et il s'affolait littéralement, avec angoisse, accélération du pouls, transpiration aux tempes si on essayait de lui faire gravir un escalier ou une échelle ou même si on le soulevait en l'air en le prenant sous les bras.

Je n'ai vu que neuf commotionnés atteints de cécité bilatérale ou unilatérale. Le regretté Grasset a eu affaire, au début de la guerre, à une série de muets qui avaient tous été aveugles et sourds (1). Il y avait là pure coïncidence. La cécité, même très incomplète, est assez rare chez les commotionnés ; les muets ne sont pas nécessairement sourds et encore moins aveugles.

Toutefois Saclof, celui-là même qui a eu du dérobement subit des jambes, a été aphone, sourd-muet et aveugle lorsqu'il a repris connaissance quelques heures après son accident, et, trois semaines plus tard, il voyait encore, de chaque œil, un nuage opaque qui occupait toute l'étendue du champ visuel.

Un autre commotionné, Paulin, ancien élève de Sorbonne, a bien voulu me raconter, avec quelques détails, ce qu'il se rappelle des circonstances dans lesquelles il fut atteint d'un trouble bilatéral et passager de la vue. « Je ne me rappelle plus rien, m'écrit-il, de ce qui a précédé et suivi l'explosion de la marmite. (C'était ce qu'il y a de mieux, une Jack Johnson 210.) Je sais seulement que l'on m'a porté dans la tranchée et de là au poste de secours. En fait de blessures, je n'ai alors qu'un fort noir au front et quelques déchirures à la peau du ventre. J'ai été projeté

(1) Les Psychonévroses de guerre, *Presse médicale*, 1er avril 1915.

en l'air, paraît-il, et me suis cogné la tête en retombant. Le premier sentiment que j'éprouve, le troisième jour, est celui d'une stupidité qui se manifeste principalement par des confusions de mots, un bégaiement continuel dès que je veux parler, enfin. à certains moments, une cécité presque complète. Je vois d'abord une sorte d'insecte qui se promène en l'air de droite à gauche ; aussitôt tout se brouille et les objets me paraissent entrer les uns dans les autres ; je ne distingue plus rien d'extérieur. »

Trois autres commotionnés ont présenté une cécité incomplète et unilatérale (deux cécités gauches et une droite), et ils ont gardé, dans l'œil atteint, un brouillard qui a duré huit jours pour le premier et trois semaines pour le second.

Quatre autres, qui ont été aussi muets, se plaignent encore d'y voir trouble des deux yeux, quinze jours après qu'ils ont recouvré la parole.

A côté de ces troubles sensoriels, qui frappent l'observateur par leur fréquence ou leur importance, on peut noter beaucoup de troubles sensitifs plus discrets comme l'anesthésie et l'analgésie. Ces anesthésies et ces analgésies s'étendent parfois à toute la surface cutanée du corps ; c'est le cas de Bonnard, un courbe-tronc, qui sent confusément les contacts et qui ne sent pas les piqûres depuis sa commotion, quelle que soit la zone cutanée sur laquelle on opère, excepté le visage. D'autres fois, l'anesthésie ou l'analgésie occupent seulement un côté du corps. C'est le cas de Saclof, peu sensible aux contacts et à la piqûre sur le côté droit. Eyrich est sensible au contact sur le côté droit, mais il annonce les piqûres comme des contacts pour toute la partie droite de son corps sans pouvoir dire où on l'a touché. Dillo ne sent plus son bras

droit et ne croit plus l'avoir quand il ne le regarde pas : il présente dans toute cette région une diminution de la sensibilité tactile, musculaire, articulaire ainsi que de la sensibilité à la douleur, et le côté droit tout entier sent très confusément les contacts et les piqûres.

Favre, qui a été sourd-muet, a présenté une insensibilité de tout le côté droit du corps pour le contact et la piqûre ainsi qu'une parésie du bras droit et de la jambe droite.

Chez Crivelli, j'ai constaté un curieux phénomène connu sous le nom d'allochirie ; le malade attribue au côté gauche, dont la sensibilité est restée intacte, non seulement les contacts et les piqûres du côté droit, mais les contacts et les piqûres du côté gauche dont les sensibilités tactile et douloureuse sont très diminuées.

Souvent les analgésies et les anesthésies de nos commotionnés, au lieu d'occuper toute la surface ou un côté du corps, sont irrégulièrement disposées. Chez Baptiste, c'est la partie droite de l'abdomen et le bras droit, du poignet à l'épaule, qui sont anesthésiques ; chez Colin, la partie gauche du thorax est insensible au contact et à la douleur.

Il s'agit d'ailleurs, dans presque tous les cas, d'une diminution de la sensibilité plutôt que d'une analgésie ou d'une anesthésie complètes.

En opposition avec ces fréquentes diminutions de la sensibilité tactile et de la sensibilité douloureuse, tous les observateurs ont constaté parfois des exaltations de la sensibilité douloureuse, diversement localisées. J'en ai constaté quelques cas, notamment chez Bonnard et d'autres courbe-troncs qui présentaient de l'hyperalgésie le long de la colonne vertébrale et

notamment dans la région lombaire ; chez Boulet qui, avec une anesthésie totale de la cornée pour le le contact et la douleur, présentait une exaltation de la sensibilité douloureuse sur toute la surface du ventre, chez Baptiste qui présentait une exaltation de la sensibilité douloureuse dans la région inguinale gauche.

Il arrive assez souvent que l'impotence fonctionnelle d'un organe ou d'un membre soit accompagnée de l'anesthésie de l'organe, du membre ou de la région tout entière. C'est ainsi que Georges Guillain (1) a constaté, chez un muet commotionné, en même temps qu'une paralysie apparente de la langue, une disparition dû réflexe pharyngien et une anesthésie bucco-linguale.

Sollier va même jusqu'à penser que les troubles de la sensibilité sont toujours superposés aux troubles moteurs. Nous avons signalé cette superposition chez Favre à la fois parésié, anesthésique et analgésique du côté droit et nous aurions pu la signaler également chez Dillo qui présente une parésie de la jambe droite. Mais il s'en faut de beaucoup que le fait nous ait apparu comme constant.

Le dernier muet qu'il m'a été donné de voir avec le docteur Galtier et dont nous avons exploré ensemble la sensibilité, n'avait aucune espèce d'anesthésie de la gorge, du cou, de la langue ; il avait un réflexe pharyngien très net et, sur toute la surface du corps, une sensibilité normale pour le contact, la douleur, le chaud et le froid.

Dans l'ordre mental, je rappelle que j'ai déjà signalé des amnésies globales, s'étendant à toute la

(1) Réunion médicale de la 6e armée, 3 mai 1915.

vie, — telle l'amnésie du marbrier qui ne se souvenait ni de son nom, ni de sa femme, ni de son métier, ni de rien, après sa commotion — et les amnésies électives ne concernant qu'une catégorie très particulière de souvenirs.

Il est des amnésies encore plus spéciales. C'est ainsi que le lieutenant Marot, un émotionné atteint de cécité verbale, est incapable de lire les textes imprimés et les textes manuscrits, et que, mis en présence d'un texte manuscrit qu'il doit copier, il le dessine sans reconnaître les lettres, avec une telle servilité que je ne puis plus distinguer la copie du modèle.

Delnod, un jeune garçon assez fin et assez instruit, atteint comme Marot de cécité verbale, copie avec la même exactitude servile et sans y reconnaître une seule lettre, des textes anglais, russes, grecs. L'un et l'autre signent aisément leur nom, avec un beau paraphe, grâce à la conservation de leurs habitudes motrices, mais ils sont incapables de reconnaître leur paraphe et de lire leur nom.

Je demande à Marot s'il pourrait écrire sur une enveloppe l'adresse de sa femme ; il prend une enveloppe et se confiant, comme pour sa signature, à ses habitudes motrices, il écrit sans hésitation : « Madame Marot, 18, Chemin de X... à N..., Gard » ; mais il est incapable de se relire.

J'ai connu trois cas de ce genre auxquels il faut joindre le cas du musicien Soldis qui faisait, on s'en souvient, de la cécité musicale et se déclarait incapable de lire les lignes d'une portée et de reconnaître la clef de sol.

Dans la surdité verbale, les malades entendent le son des mots, mais n'en comprennent plus le sens ;

leur propre langue, parlée devant eux, leur fait l'effet d'une langue étrangère qu'on ne leur aurait jamais parlée. Je n'ai pas rencontré de malade qui eût de la surdité verbale pour le français, mais j'ai déjà parlé de Morel, un élève de la Sorbonne, qui avait une surdité verbale complète pour le latin et une surdité atténuée pour le grec qui lui donnait l'impression d'un langage incompréhensible et cependant familier.

Chez aucun commotionné je n'ai rencontré de l'agraphie, c'est-à-dire la perte des mouvements nécessaires à l'écriture.

En revanche j'ai vu quelques cas d'aphasie, que je distingue avec Pierre Janet du mutisme et de l'aphonie tels que je les ai décrits. Nos aphones et nos muets sont persuadés que leur larynx et leur langue sont paralysés, incapables de se mouvoir pour le son ou pour la parole ; les commotionnés aphasiques n'incriminent ni leur larynx, ni leur langue, ni aucun organe ; ils sont seulement persuadés qu'ils n'ont plus la mémoire des mots. « J'avais perdu la mémoire de la parole », disent les uns. « Je ne vois pas comment il faut dire les mots », écrivent quelques malades de P. Chavigny (1).

Cette amnésie du mot parlé comporte d'ailleurs tous les degrés et la plupart du temps n'est pas absolue, le malade gardant à sa disposition quelques mots qu'il prononce plus ou moins bien. Un de nos malades pouvait dire le mot *képi* qu'il mettait d'ailleurs à toutes les sauces.

Il y a là des amnésies très spéciales, véritables apha-

(1) La Psychiatrie aux armées. *Paris médical*, octobre 1915.

sies sensorielles et aphasies motrices que j'ai écartées à dessein de la description des troubles mentaux parce que ce sont des accidents très analogues aux paralysies et aux anesthésies décrites ici et qu'ils relèvent, à mon avis, des mêmes explications.

CHAPITRE V

INTERPRÉTATION ORGANIQUE DES ACCIDENTS NERVEUX ÉMOTIONNELS ET COMMOTIONNELS

Trois espèces d'interprétations peuvent être essayées qui d'ailleurs ne s'excluent pas et qui même se complètent, bien qu'elles soient de valeur inégale.

Quand on fait de l'interprétation organique, on essaye d'expliquer par des lésions du système nerveux, de ses enveloppes, des organes périphériques ou par une intoxication nerveuse, un certain nombre des troubles observés.

On fait de l'interprétation émotionnelle quand on considère certains troubles moteurs et sensitifs comme les manifestations d'une émotion présente dont ils sont l'expression ou d'une émotion disparue dont ils sont les séquelles.

On fait de l'interprétation pithiatique quand on estime que certains accidents sensitifs et moteurs sont le résultat de l'autosuggestion ou de la suggestion et qu'ils peuvent être guéris par la persuasion (Πειθώ persuasion, ἰάομαι je guéris). On verra d'ailleurs que nous prenons le terme de persuasion au sens large.

L'interprétation organique triomphe complètement et sans peine quand il s'agit d'expliquer les troubles de la vie végétative qui se rencontrent avec abondance chez les commotionnés. Que l'émotion se produise seule, qu'elle soit intense et suivie de commotion, ou qu'elle soit minime alors que la commotion est tout, il n'est guère possible d'expliquer autrement que par les perturbations organiques apportées dans le fonctionnement du système nerveux central soit l'abaissement de la pression artérielle, le refroidissement des extrémités, la dépression, la mydriase, la rigidité pupillaire, soit la vivacité des réflexes cutanés, tendineux et pupillaires, le déséquilibre du système vaso-moteur, l'éréthisme de l'émotivité, etc.

Nous pourrions, pour chacun de ces troubles, tenter une explication plus ou moins satisfaisante et plus ou moins hypothétique, dire par exemple que la vivacité des réflexes tendineux tient à la diminution de l'activité de l'écorce cérébrale qui ne refrène plus la tonicité des centres inférieurs, que le ralentissement cardiaque tient à la fatigue et à l'épuisement du système nerveux, etc., etc., mais, après ces explications partielles, et plus ou moins discutables en l'espèce, il faudrait toujours en venir à admettre que l'émotion et la commotion produisent les troubles en question parce qu'elles déterminent, dans les centres nerveux, des modifications mécaniques et chimiques, aussi probables qu'inconnues.

Sous cette forme, où l'émotion elle-même n'intervient qu'à titre de choc et nullement par son contenu psychique, l'explication organique ne peut être contestée. C'est avec les accidents de la motricité volontaire, de la sensibilité, de la parole, de la mémoire, que les difficultés commencent.

∴

Je ne connais personne qui ait signalé, chez les commotionnés, les accidents d'aphasie sensorielle et motrice que j'ai observés, mais ces accidents ont été constatés d'autres fois dans des conditions analogues, en particulier à la suite de fortes émotions, et on en trouvera quelques exemples dans la thèse de Saupiquet, sur le mutisme et l'aphasie hystérique (1). L'explication organique la plus simple consiste à supposer que la commotion a provoqué un ébranlement physique et peut-être même des lésions traumatiques des centres de la parole, mais il est à noter que plusieurs de nos aphasiques sensoriels ou moteurs, notomment Marot et Soldis, n'ont eu que des émotions non suivies de commotions, et que tous ont fait leurs accidents aphasiques non pas dans la période même qui a immédiatement suivi le choc mais dans une période plus tardive, au moment où ils commençaient à se reprendre et à sortir de leur confusion mentale. On pourrait plus logiquement penser, puisque tous nos malades sont vraisemblablement intoxiqués par l'émotion, à des aphasies transitoires de nature toxique, et il est vraisemblable en effet que l'intoxication est pour beaucoup dans la difficulté réelle que certains malades éprouvent à trouver leurs mots ou à les reconnaître à la lecture et à l'audition, mais, comme nous le verrons, c'est l'autosuggestion qui parachève et qui fixe ces aphasies, quand elle ne les crée pas tout à fait.

(1) *Thèse de Lyon*, 1904.

Je ne vois guère que Sollier et Chartier qui aient tenté d'expliquer le mutisme des commotionnés par les effets organiques de l'explosion.

L'examen du larynx, pratiqué sur leurs malades par le professeur Lannois et par le docteur Garel de Lyon, a révélé une paralysie symétrique des muscles constricteurs, les cordes vocales largement écartées restant immobiles, en position cadavérique, quelles que fussent les tentatives faites par les sujets pour émettre un son.

Les deux auteurs rappellent que, dans certains cas de dépression atmosphérique, même lente, on aurait constaté que le son de la voix s'abaisse par relâchement des cordes vocales, et ils admettent que les décompressions instantanées de l'explosion auraient des effets analogues mais plus marqués. « Enfin, ajoutent-ils, on sait que des vibrations extrêmement rapides peuvent avoir sur les muscles une action directe, et on est en droit de supposer que les muscles délicats du larynx peuvent, plus que d'autres, subir cette influence (1) ».

J'ai prié de mon côté les docteurs Marcorelle et Gagnière d'examiner quinze de nos malades aphones. Chez l'un, ils ont trouvé les cordes vocales rosées, signe de laryngite en voie de guérison ; chez deux autres un peu de pharyngite des fumeurs, chez tous une parésie des muscles adducteurs des cordes vocales, qui ne se rapprochent plus pour l'émission des sons. M. Marcorelle a ajouté que, sur une trentaine de cas d'extinctions de voix émotionnelles qu'il avait vus avant la guerre, dans sa clientèle ou dans les hôpitaux,

(1) *Le Mutisme*, etc., etc. (voir *loc cit.*).

il avait toujours trouvé cette même parésie ou paralysie.

Mais ces constatations, tout intéressantes qu'elles sont, n'ont pas grande valeur explicative, comme l'a déjà remarqué Pierre Janet. « Nous ne savons, dit-il, déterminer le rapprochement des cordes vocales qu'en demandant au sujet de crier ou de prononcer un son. Or, il s'agit justement de sujets qui ne savent ni parler ni crier et qui, par conséquent, ne peuvent produire le mouvement des cordes vocales que nous leur demandons ; l'immobilité des cordes vocales ne prouve pas leur paralysie véritable (1) ». Tout ce qu'on constate avec un laryngoscope, c'est que nos sujets sont aphones, et c'est, très exactement, ce qu'on constate sans laryngoscope.

De plus, alors même que l'examen du larynx révèlerait une atteinte des cordes vocales chez les sujets aphones, il faudrait encore trouver une explication pour les muets qui incriminent leur langue.

Dans un certain nombre de paralysies par commotion, on a trouvé, au contraire, des lésions précises, soit que la nécropsie et le microscope aient permis de constater ces lésions *de visu*, soit que l'examen du liquide céphalo-rachidien, qui baigne la masse du cerveau et la moelle, ait révélé la présence de l'albumine, du pus ou du sang, témoignages indirects mais certains de lésions cérébro-méningées ou médullaires, soit que l'examen clinique ait permis de diagnostiquer ces lésions à coup sûr par les troubles des réflexes et des sphincters, soit enfin que l'évolution des accidents n'ait pas permis de mettre les lésions en doute.

(1) *Les Névroses*, p. 72.

C'est ainsi que Paul Ravaut a trouvé du sang dans le liquide céphalo-rachidien d'un commotionné paraplégique qui ne présentait aucune blessure externe. Par cette observation, recueillie dès novembre 1914, Paul Ravaut a fait beaucoup pour orienter les chercheurs vers des explications analogues, et, depuis lors, il a publié d'autres observations, où l'examen du liquide céphalo-rachidien a permis d'affirmer l'existence de lésions internes, malgré l'absence de tout traumatisme apparent (1).

Henri Claude, J. Lhermite et Mlle Loyez (2) ont rapporté le cas d'un soldat atteint de paraplégie après avoir été pris dans un éclatement d'obus, et qui était, à la lettre, constellé d'éclats. Quelques-uns de ces éclats, assez rapprochés de la colonne vertébrale, laissaient supposer une compression de la moelle épinière par un corps étranger. L'analyse histologique a montré qu'il ne s'agissait ni d'une blessure de la moelle, ni d'une fracture de la colonne vertébrale, ni d'une compression d'aucune sorte, mais d'un foyer de ramollissement médullaire consécutif à l'éclatement d'un obus.

Georges Guillain a constaté de même (3), par les signes cliniques et l'analyse du liquide céphalo-rachidien, le caractère organique d'une hémiplégie survenue après éclatement d'obus chez un soldat qui ne présentait aucune contusion ni blessure extérieure, et il est parmi ceux qui ont fait le plus pour l'explication organique des accidents nerveux créés par l'explosion. D'autres fois, il a pu établir, par l'évolu-

(1) *Presse médicale*, 26 août 1915.
(2) Société médicale des hôpitaux de Paris, 30 juillet 1915.
(3) Réunion médicale de la 6e armée, août-septembre 1915.

tion des accidents, qu'ils étaient bien dus à des lésions organiques. Tel est le cas d'un jeune soldat âgé de dix-sept ans qui, le 21 mars 1915, était au poste d'écoute. Une bombe ayant éclaté près de lui, il a perdu connaissance, et, revenu à lui après une demi-heure, il s'est trouvé sourd et paralysé. La surdité a disparu mais la paralysie a persisté. C'était une paralysie flasque, totale, des membres inférieurs, sans troubles des sphincters, avec les réflexes cutanés et tendineux normaux ; le liquide céphalo-rachidien était également normal. C'était le type très classique d'une paralysie fonctionnelle, sans lésions. L'évolution a montré cependant qu'il s'agissait d'une paralysie organique, car il s'est produit une atrophie diffuse dans les muscles des membres inférieurs, une exagération caractéristique des réflexes rotuliens et d'autres symptômes également significatifs (1).

L'éclatement des obus peut donc déterminer, comme le montre l'histoire de ce malade, soit des petites hémorragies, soit des lésions des cellules ou des faisceaux nerveux, qui ne se traduisent ni par une modification du liquide céphalo-rachidien, ni par des signes cliniques et qui n'en sont pas moins réelles.

J'ai vu moi-même, à l'ambulance de D..., un homme qui avait été commotionné la veille par l'explosion d'une torpille et qui était resté vingt-quatre heures sans avoir de troubles moteurs. Le second jour, il présentait, du côté droit, une parésie crurale avec de l'exagération des réflexes, des troubles de la sensibilité, de la trépidation épileptoïde et cette extension par laquelle les orteils répondent aux exci-

(1) Réunion médicale de la 6e armée, 17 mai 1915.

tations de la plante du pied quand il y a lésion des voies motrices. Par suite des déplacements qui ont été imposés au malade, l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a pu être fait assez tôt pour être significatif, et, quand j'ai revu le malade quelques jours plus tard, j'ai pu constater que la parésie crurale était très améliorée en même temps que tout signe de lésion organique avait disparu. Les mêmes remarques ont pu être faites sur deux malades paraplégiques que le docteur Devaux m'a adressés et qu'il avait eu la bonne fortune de pouvoir examiner quelques heures après l'explosion qui les avait commotionnés.

Beaucoup d'observations ont été publiées par Heitz, par Garbo, par Elliot, par Souques, par Jules Froment (1) et par bien d'autres, qui vont toutes dans le même sens, et plusieurs auteurs insistent sur ce fait que, les lésions légères étant souvent transitoires, on doit les rechercher aussitôt que possible sous peine de les ignorer. C'est une façon de jeter la suspicion sur tous les cas où l'auteur affirme le caractère fonctionel d'une paralysie, sans avoir fait dès le début les recherches nécessaires pour écarter l'hypothèse d'une lésion organique.

∴

Comment ces lésions peuvent-elles être consécutives à un éclatement qui n'a produit ni contusions ni blessures ? On a cru un moment, et nous avions cru nous-même, pouvoir en expliquer quelques-unes

(1) Paraplégie par déflagration d'obus, *Revue neurologique*, novembre-décembre 1915, p. 1205.

par la décompression brusque qui succède à la compression de l'air, et on rappelait, à ce sujet, ce qui se passe dans la maladie des caissons.

C'est un fait bien connu que, dans tous les appareils où l'homme subit des pressions atmosphériques considérables (cloches à plongeurs, caissons, scaphandres) il peut être victime d'accidents paralytiques au moment de la décompression, si cette décompression a lieu brusquement.

Entre autres cas, on peut citer celui que J. Lépine a rapporté dans la *Revue de médecine*, et où il s'agit d'un ouvrier âgé de trente-six ans qui travaillait dans un caisson, avec deux atmosphères et demie de pression. « La rupture, dit J. Lépine, eut lieu dans la chambre supérieure, en communication par une cheminée étroite avec la cloche inférieure où l'on travaillait. L'ébranlement aérien renversa B..., mais il ne se fit aucune blessure en tombant. Bientôt, en quelques secondes, après avoir fait trois mètres, il s'affaissa paraplégique. Les jambes étaient inertes et insensibles (1). »

Les physiologistes qui ont pu reproduire ces accidents chez les animaux par des décompressions expérimentales, les expliquent par le dégagement des gaz dissous dans le sang qui obturent les petits vaisseaux et par les embolies gazeuses auxquelles ils donnent naissance. Ces embolies, qui sont mises en évidence par les nécropsies, peuvent être assez durables pour entraîner, par arrêt du sang, de la nécrose, du ramollissement, des paralysies (2).

(1) Année 1899, p. 980.

(2) Cf. Paul Bert, *la Pression atmosphérique*, et P. Carnot, *Le Coup de pression.*

D'autres fois, comme l'a montré Jean Lépine dans sa belle thèse sur les hématomyélies (1), on a affaire à des hémorragies médullaires, consécutives aux ruptures vasculaires que provoque sur place le dégagement des gaz dans le sang et favorisées par l'engorgement des capillaires où reflue le sang abdominal refoulé par le dégagement subit des gaz intestinaux.

Dans ces conditions on avait pensé tout d'abord que les lésions déterminées par les éclatements d'obus à proximité se produisaient pendant la période de décompression dont nous avons déjà parlé (p. 97) et qu'elles étaient la conséquence directes d'embolies gazeuses ou la conséquence de ruptures vasculaires provoquées par des embolies gazeuses.

C'est une explication qu'il convient semble-t-il d'abandonner.

Chavigny, dans deux mémoires (2) a montré, par des expériences précises que la dépression invoquée est très faible, sans valeur dans l'espèce, et Jean Lépine, qui se réfère à ces expériences pour contester les explications précédentes, y ajoute cette réfutation de raison (3) : « Il y a, dit-il, une considération de bon sens qui peut être invoquée ici. Dans la décompression, ce qui provoque les troubles, c'est d'une part que, pendant la *sur-compression*, des gaz ont été dissous en excès dans le sang, suivant les exigences de la loi de Dalton, et que, d'autre part, une fois la décompression survenue, celle-ci est permanente. Il n'y a qu'une partie du phénomène qui est instantanée, mais ce qui est essentiel, c'est ce qu'il y ait eu, *préalablement*,

(1) Lyon (1900).

(2) Les Explosions du champ de bataille. *Ann. d'hyg. publique*, juillet 1916 et mai 1917.

(3) *Troubles mentaux de guerre*, p. 73 s. q. q. (Paris, 1917).

une phase d'emmagasinement des gaz dans le sang, et que, *après*, ces gaz aient toute faculté de se dégager, la décompression étant persistante. Ceci est tellement vrai que les accidents sont d'autant plus graves chez les plongeurs que la compression a duré plus longtemps, soit qu'une plus grande quantité de gaz a été dissoute dans le sang. Et de même, si on recomprime, aussitôt après la décompression, on réduit les phénomènes morbides ...

« *Dans la commotion par explosion, il n'y a pas de dégagement gazeux*, parce qu'il n'y a pas eu, préalablement, compression lente et emmagasinement de gaz dans le sang. Le retour à la normale qui suit la compression produite par l'explosion ne s'accompagne pas de dégagement de gaz, parce que la compression a été trop courte. Et s'il était démontré qu'il y a, à ce moment. une décompression par rapport à la normale, elle serait également sans action, parce que trop brève ».

Si on renonce à comparer les lésions produites par des éclatements à proximité avec les lésions de la maladie des caissons, on peut croyons nous, admettre que, dans quelques cas, une hémorragie médullaire ou cérébrale a été provoquée par l'onde explosive elle-même ou par le choc aérien qui ébranle les centres nerveux sans lésion extérieure. On rencontre, dans les commotions de la moelle, beaucoup d'hémorragies analogues, en ce sens qu'elles ne s'accompagnent d'aucune lésion de la peau, des muscles et des vertèbres (1). Chipault (2) a provoqué des hémorragies médullaires chez les lapins en frappant les vertèbres

(1) *Virchow's Archiv*, CXXIV.

(2) *Etudes de chirurgie médullaire*, 1883.

de l'animal avec un maillet, à travers une plaque résistante qui empêchait toute lésion superficielle ou osseuse, et Jean Lépine a repris avec succès les mêmes expériences (1).

Dans une communication à l'Académie de médecine (2), et dans un ouvrage plus récent, le même auteur nous apporte une explication qui lui paraît convenir à la majorité des cas; il estime que, pour expliquer les accidents profonds du système circulatoire qui se produisent chez les commotionnés, on doit faire appel non à la décompression mais à l'augmentation subite de pression que l'explosion détermine. Cette pression qui s'exerce sur toute la surface du corps trouve un minimum de résistance sur l'abdomen, région flasque, facilement dépressible.

« Au moment de l'explosion, cette partie cède, le sang qu'elle contient est refoulé, non plus, comme dans la décompression, par le dégagement des gaz de l'intestin, mais simplement par le fait de la pression extérieure. Ce sang, poussé dans tout le système circulatoire comme par un coup de piston, épuise sa pression dans les capillaires généraux et cutanés, d'autant que le temps pendant lequel cette pression s'exerce est extrêmement court. Mais les organes contenus dans une cavité inextensible, et en état d'équilibre de pression, comme le système nerveux central, suspendu en quelque sorte entre la pression sanguine et celle du liquide céphalo-rachidien, supportent intégralement cet excès de pression. C'est ainsi que, dans le système nerveux central, se produit fatale-

(1) *In op. laud.* Lyon, 1900.

(2) Séance du 4 juillet 1916, et « *Troubles mentaux de guerre* », p. 73, s. q. q. (Paris, 1917).

ment un coup de bélier vasculaire, tout à fait analogue à celui qui constituait la lésion accessoire de la maladie des caissons.

« De même, des organes à vascularisation riche, le poumon, le foie, la vessie, sont le siège d'accidents congestifs de même ordre au moment de la commotion. Comme preuve, les hémorragies, légères, mais pas exceptionnelles, dans le liquide céphalo-rachidien et la simple hypertension, quasi-constante, de ce liquide, et aussi les dilatations veineuses du fond d'œil, vues à l'ophtalmoscope.

« Et ce qui montre bien que le fait essentiel est d'ordre vasculaire, c'est, outre la constation d'hémorragies par les autopsies, des faits comme celui de Georges Guillain, où une hématomyélie s'est produite *un mois après* la commotion, attestant ainsi la permanence des lésions des vaisseaux. »

C'est ainsi que les vaisseaux tendraient à se dilater, à s'allonger ou à se rompre dans le système cérébro-spinal, mais on peut avoir aussi — et on a effectivement — des hémorragies du poumon, de la vessie, du fond de l'œil.

On se trouverait donc en présence, chez certains commotionnés, de paralysies très comparables, dans leur origine et leur nature, à des paralysies traumatiques déjà connues, et, comme les causes invoquées sont à même de produire, à intensité faible, des lésions des cellules ou des fibres qui n'entraînent pas de troubles graves et guérissent vite d'elles-mêmes, on voit par quel biais les partisans des explications organiques peuvent étendre leurs conclusions au delà de leurs expériencee.

On a pu présenter, pour un certain nombre de courbe-troncs, des explications organiques aussi vrai-

semblables. Jean Sicard (1) a trouvé, chez les trois quarts d'entre eux, un excès d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien, et cette albumine serait, d'après lui, la preuve qu'il y a compression au niveau des trous de conjugaison par où sortent les nerfs rachidiens, l'effort compressif étant suffisant pour gêner la circulation veineuse spinale de retour et provoquer ainsi un certain œdème méningé avec exsudation ou transsudation séreuse.

Tous ses malades ayant été déplacés ou renversés par le choc aérien, ou pris sous un éboulis de terre, ou bien encore contusionnés directement par un éclat d'obus dans la région du rachis, Sicard pense que le choc a déterminé une distension douloureuse des articulations vertébrales et des muscles extenseurs de la colonne, qui oblige le sujet, pour diminuer la douleur, à adopter l'attitude qui favorise le plus le relâchement des muscles et l'écartement des apophyses articulaires.

Si la région cervicale de la colonne vertébrale échappe si facilement à ce genre d'accidents, c'est à cause de sa mobilité; par contre, la région dorso-lombaire y est particulièrement exposée à cause de la rigidité relative qui l'empêche de plier suffisamment sous les pressions extérieures.

Il y a de même des tremblements qui paraissent relever d'une origine organique, et Georges Guillain (2) en a publié un cas qu'il rapproche des tremblements de la paralysie agitante. L'attitude est soudée et la démarche ressemble à celle que l'on observe dans cette affection; les réflexes rotuliens

(1) Spondylites par « obusite ». *Bulletins et Mémoires de la Soc. med. des Hôpitaux de Paris*, XXXI, p. 582.

(2) Réunion médicale de la 6e armée, 3 mai 1915.

sont forts, et les réflexes plantaires normaux ; le liquide céphalo-rachidien est normal. Cependant le diagnostic de tremblement hystérique ne paraît pas suffisant à l'auteur qui croit à un tremblement conditionné par de petites lésions des centres nerveux et qui rappelle que la paralysie agitante, dont les lésions sont inconnues, a été provoquée plusieurs fois par des traumatismes.

Guillain a publié encore (1) le cas d'un zouave, chez lequel la commotion a provoqué des mouvements choréiques des membres supérieurs, des membres inférieurs et de la face, tout à fait semblables à ceux de la chorée de Sydenham, et pour lesquels il admet encore des lésions inconnues mais réelles. Enfin, Henri Meige a insisté (2) sur ce fait que certains tremblements, rebelles à toute suggestion, et rappelant d'assez près le tremblement de la paralysie agitante, peuvent être consécutifs à une commotion, et il suppose que ces tremblements sont dus à une perturbation organique des centres provoquée par l'émotion et le choc.

J'ai observé moi-même plusieurs cas où la commotion m'a paru provoquer des tremblements analogues pour lesquels j'admettrai aussi, pour des raisons analogues, une perturbation organique des centres. Dans l'un de ces cas, le tremblement durait encore après dix mois d'hospitalisation et il diminuait à peine pendant le sommeil. Plusieurs fois aussi, j'ai eu affaire à des tremblements qui rappelaient de très près les tremblements toxiques et en particulier celui de l'alcoolisme. Ces tremblements, assez fins et

(1) *Id.*, 17 mai 1915.

(2) Société de Neurologie, avril 1916, numéro d'avril-mai, p. 592-593.

d'amplitude moyenne, se manifestaient dans les lèvres, la langue, les doigts et se trahissaient dans l'écriture et la parole.

***

Dans l'ordre sensitif, il n'est pas douteux que la plupart des accidents de l'ouïe puissent être expliqués totalement ou partiellement par des lésions organiques...

Chez un certain nombre de sourds, les lésions auditives sont telles qu'elles suffisent à expliquer complètement la surdité ; ce sont, pour l'ordinaire, des commotions labyrinthiques graves ; mais il y a aussi toute une catégorie de sourds chez lesquels on trouve des lésions plus ou moins graves, bien que toujours hors de proportion avec la surdité unilatérale ou bilatérale qu'ils accusent. Chez dix-neuf sourds que MM. les docteurs Marcorelle et Gagnière ont bien voulu examiner pour moi ils ont trouvé :

Deux fois, des otites scléreuses anciennes ;

Une fois, un bouchon de cérumen ;

Une fois, une otite suppurée ;

Une fois, une otite catarrhale ;

Trois fois, des perforations simples ou doubles du tympan ;

Huit fois des commotions labyrinthiques légères, unilatérales ou bilatérales, sans perforation du tympan, se traduisant par des sifflements et des bourdonnements ;

Trois fois, ils n'ont pas trouvé de lésions.

Dans les cas de surdité sans lésion apparente, on peut penser, avec Lermoyez (1), que l'intensité du

(1) *Presse médicale*, 25 février 1915.

bruit a épuisé, pour un temps, le nerf acoustique ou, avec Lannois et Chavannes (1), que les cellules sensorielles cérebrales ont été momentanément paralysées par l'ébranlement. Dans les cas de perforation tympanique ou labyrinthique, Lermoyez fait jouer le principal rôle au déplacement et à la condensation de l'air violemment projeté dans le conduit auditif comme serait lancée de la terre. « Pénétrant, dit-il, dans cette impasse où il ne peut se détendre, l'air se condense et pèse sur le tympan ; ce n'est pas alors le bruit mais le vent de l'explosion qui traumatise ; l'obus blesse l'oreille, non pas avec du fer ou du plomb, mais avec des gaz.

Si le tympan cède, la force vive du choc gazeux est alors absorbée par le travail nécessaire pour rompre cette membrane, et tout se borne le plus souvent à un traumatisme plus ou moins grave du tympan, non suivi de commotion labyrinthique (2).

Si le tympan résiste, ce qui est le cas le plus fréquent, la chaîne des osselets, disposée en levier, multiplie le choc dans la proportion de 1 à 30, et la commotion tympanique agit, par la fenêtre ovale, sur le liquide labyrinthique avec une puissance « trentuplée ».

Il se produit alors des commotions labyrinthiques, et, comme le labyrinthe est un organe double qui contient, dans le limaçon, les terminaisons nerveuses du nerf acoustique et, dans le vestibule et les canaux

(1) Rapport de juin 1915 sur le centre d'oto-rhino-laryngologie de Lyon.

(2) Le docteur Gagnière, à qui j'ai soumis cette interprétation, estime que dans certains cas le tympan éclate de dedans en dehors, par suite de la décompression brusque de l'atmosphère.

semi-circulaires, les terminaisons des nerfs de l'équilibre, on peut avoir en même temps de la surdité, des bourdonnements et des troubles de l'équilibre, bien que, la plupart du temps, tout se borne à de la surdité et à des bourdonnements. Le sujet dont j'ai cité le cas, Perro, qui présentait des oscillations de la tête dans le sens vertical, des troubles de l'équilibre et des bourdonnements, et qui s'effondrait dès qu'il s'élevait en hauteur, avait, d'après ces symptômes, une commotion du limaçon et une commotion vestibulaire qui paraît avoir particulièremeut porté sur le canal vertico-postérieur.

Pour les cécités complètes ou incomplètes consécutives à l'explosion, je n'ai pu faire examiner que deux sujets chez lesquels l'examen a été tout à fait négatif ; mais je vois que les troubles que j'ai décrits et qui reviennent tous à une obnubilation plus ou moins complète de la vision avec une difficulté particulière pour fixer les objets, correspondent à la description que Terrien a donnée de la commotion rétinienne sans lésion objective manifeste.

D'après Terrien, cette commotion serait provoquée par le brusque déplacement de l'air (1).

Il n'est pas impossible non plus d'expliquer par des causes organiques quelques-uns des troubles de la sensibilité générale.

Les grandes émotions, surtout quand elles sont suivies d'un ébranlement général du système nerveux, déterminent, peut-être par intoxication nerveuse,

(1) *Archives d'ophtalmologie*, mai-juin 1915, p. 648. *Troubles oculaires consécutifs à l'éclatement des obus.* Cf., sur la même question, la communication de Lagrange à l'Académie de médecine, 18 mai 1915.

ces troubles de la sensibilité que Régis et Hesnard ont signalés (1); Georges Guillain a noté de même un affaiblissement de la sensibilité tactile, douloureuse, thermique chez l'hémiplégique par commotion dont il a rapporté le cas (2), et ce n'est pas faire une hypothèse illégitime, après les faits rapportés plus haut, que d'attribuer à l'ébranlement des cellules nerveuses ou à des hémorragies légères quelques-uns des troubles transitoires de la sensibilité que l'on constate chez les commotionnés, tout de même qu'on attribue légitimement à des ébranlements cellulaires ou à des hémorragies légères quelques-uns de leurs troubles sensoriels et moteurs.

On comprend facilement qu'à certaines anesthésies déterminées par la commotion puissent correspondre des modifications des réflexes, si ces anesthésies correspondent à des lésions réelles.

On retrouve ainsi, dans tous les accidents de la motricité volontaire et de la sensibilité, des explications organiques dont on ne saurait contester l'intérêt. Il est bien vrai, comme le disent les partisansde ces explications, qu'on se presse trop souvent d'attribuer une origine auto-suggestive ou suggestive à des accidents dont une analyse plus complète eût révélé le caractère organique.

Il est également vrai, comme l'ont écrit Paul Ravaut (3) et Jean Lépine (4), qu'on considère trop rapidement tous les traumatisés de l'explosion comme des hystériques, des névropathes, sans s'être assuré

(1) Régis et Hesnard, *La Confusion mentale. Traité international de Psychologie pathologique*, p. 619.

(2) Voir *loc cit.*

(3) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 22 juin 1915, 717.

(4) *In op. laud.*, p. 10.

qu'à l'origine, il n'y a pas eu une lésion du système nerveux ou de ses enveloppes.

Il est encore vrai, comme le pense Georges Guillain, que la plupart des accidents nerveux observés en clinique peuvent être réalisés par la déflagration des obus modernes, sans plaie extérieure, et qu'il y a là un chapitre de pathologie entièrement nouveau. Ce chapitre sera conquis sur le domaine de l'hystérie, et Georges Guillain est de ceux qui auront le plus fait pour le conquérir.

Les progrès de l'anatomie pathologique et de la clinique nous permettent aujourd'hui de dire qu'en considérant comme des névroses, c'est-à-dire comme des maladies sans lésions, l'épilepsie, la paralysie agitante, la chorée, le tétanos, etc.., nous couvrions d'un terme savant notre ignorance ; nous risquons de faire de même avec la dernière des névroses qui reste debout, lorsque nous abusons du terme d'hystérique. En même temps qu'ils nous ont apporté des explications précises, Paul Ravaut, Georges Guillain, Henri Claude, Jean Sicard nous ont donné d'excellentes leçons de méthode et de prudence.

Mais, même en faisant la part la plus large aux explications organiques, même en leur abandonnant les cas douteux, on ne saurait étendre ces explications à la totalité des cas, et leurs partisans les plus autorisés n'ont jamais songé à une extension de ce genre, qui serait en désaccord avec des faits bien établis.

CHAPITRE VI

INTERPRÉTATION ÉMOTIONNELLE

Quand on a fait la part des causes organiques dans l'explication des accidents commotionnels, on se trouve en présence d'un très grand nombre d'accidents, paralysies, mutismes, anesthésies des sens spéciaux ou de la sensibilité générale, qui ne paraissent pas relever de cette explication. La plupart des faits que nous avons rapportés d'après nos observations personnelles rentrent dans cette catégorie.

Voici par exemple un sujet atteint d'une paralysie flasque des deux membres inférieurs et chez lequel l'examen clinique pas plus que l'évolution de la maladie ne révèlent aucun signe de lésion organique ; nous avons le droit de penser à un trouble purement fonctionnel. Nous pouvons soupçonner de même la nature purement fonctionnelle d'une surdité quand cette surdité ne paraît liée ni à une lésion du tympan ni à une commotion labyrinthique ni à aucune lésion organique.

Sans doute, ces critères négatifs sont loin d'avoir toujours une valeur absolue. Dans bien des cas, le trouble que nous appelons fonctionnel peut corres-

pondre à des lésions légères et passagères des centres qui ne sont pas décelables par nos procédés actuels d'investigation. A tout le moins, peut-on dire que l'échec des explications organiques nous autorise, dans une certaine mesure, à faire l'essai des explications psychologiques : l'explication émotionnelle et l'explication pithiatique (1).

*
* *

Les explications émotionnelles présentent les troubles de la motricité et de la sensibilité comme les conséquences de l'émotion éprouvée par le commotionné.

En l'espèce, l'émotion, ici, c'est la peur, et toutes les explications émotionnelles supposent connue la description de la peur.

Cette description a été souvent faite par les psychologues ou les physiologistes, notamment par Charles Darwin, C. Lange, Th. Ribot et Mosso.

La voix, nous disent-ils, devient rauque et brisée, la langue ne peut se mouvoir, et l'on devient muet d'épouvante. (*Obstupui, steteruntque comae et vox faucibus haesit*) (2).

(1) Le terme de pithiatique, forgé par J. Babinski, a déjà été défini. Babinski tient un accident pour pithiatique lorsque cet accident peut être guéri par la persuasion et il admet, légitimement qu'un tel accident est le résultat d'une suggestion ou d'une autosuggestion.

(2) Ausus quin etiam voces jactare per umbram,
Implevi clamore vias, mæstusque Creüsam
Necquicquam ingeminans iterumque iterumque vocavi.
Quærenti et tectis urbis sine fine furenti

En même temps, la gorge se serre et le peaucier du cou, que Duchenne appelait le muscle de la frayeur, se contracte fortement. Les bras tombent inertes le long du corps et les jambes se dérobent, à moins que l'innervation des muscles ne persiste encore sous forme intermittente, auquel cas l'homme saisi de peur tremble, chancelle et bégaie.

Le cœur bat vite, tumultueusement, avec violence; la respiration est oppressée et rapide, la sueur ruisselle. Bientôt arrive une prostration profonde qui va jusqu'à la défaillance.

L'attitude du corps est très caractéristique ; il tend à se faire petit, à se dissimuler ; si l'homme est debout, il rentre la tête dans les épaules qu'il remonte; s'il est couché, il se plie en deux et ramène ses genoux vers sa poitrine.

Nous ne savons pas avec autant de précision ce qui se passe du côté des sens, mais on s'accorde pour parler d'une obnubilation générale des facultés intellectuelles et de la perception en particulier ; le sujet n'entend pas ce qu'il devrait entendre, ne voit pas ce qu'il devrait voir, et il accomplit souvent ainsi les actes les plus contraires à sa conservation personnelle.

N'est-il pas intéressant de remarquer, après cette description très schématique, que la plupart des expressions de la peur semblent se retrouver, sous forme d'accidents nerveux, chez les commotionnés,

Infelix simulacrum atque Ipsius umbra Creüsæ
Visa mihi ante oculos et nota major imago.
Obstupui, steteruntque comæ et vox faucibus hæsit.

VIRGILE, *Enéïde*, liv. II, vers 768-774.

(Enée raconte à Didon la dernière nuit de Troie).

comme si l'expression de l'émotion s'était fixée au lieu de se présenter sous la forme passagère qu'elle revêt d'ordinaire ? N'est-il pas possible, notamment, de rapprocher des manifestations de la peur, le mutisme, la gorge serrée, le tronc courbé, la paralysie des bras et des jambes, les tressaillements et les gestes d'horreur et même certaines anesthésies générales ou sensorielles.

Sans doute, il n'arrive jamais que toutes ces manifestations persistent à la fois et nous les retrouvons le plus souvent isolées sous forme de paralysie, de mutisme, de tremblements, etc., etc. ; mais, dans l'émotion initiale elle-même, il y a toujours, suivant les individus, telle ou telle manifestation qui prédomine et ce serait vraisemblablement celle-là qui persisterait.

Pourquoi persisterait-elle ? La première explication qui vient à l'esprit c'est que l'émotion persiste aussi ; peut-être un peu simplifiée mais toujours vivante, elle continuerait à s'exprimer par un geste, une attitude, une paralysie fonctionnelle.

Je suis loin d'écarter tout à fait cette explication qui peut se défendre pour quelques accidents passagers ou intermittents parmi lesquels je distinguerai deux cas.

Dans le premier cas, les sujets, restant pendant des heures et quelquefois pendant plusieurs jours sous le coup de l'émotion initiale, présentent, pendant cette période, les manifestations habituelles de l'émotion parmi lesquelles nous pouvons citer comme nous intéressant ici particulièrement le tremblement, l'asthénie musculaire, la faiblesse des jambes, les spasmes de la région œsophago-pharyngo-laryngée, etc , etc.

Tous les médecins psychiatres qui ont été dans la

zone des armées ont eu l'occasion de voir ces expressions émotionnelles encore liées à l'émotion initiale. Dans le second cas, les sujets revivent par la mémoire, d'une façon discontinue, la scène d'où est née leur première émotion. Par exemple, Saclof. en plein délire orinique, sent ses jambes se dérober sous lui toutes les fois qu'il revoit une scène d'épouvante, probablement celle où il a été précipité, par une explosion, dans le trou qu'il creusait. Eyric qui, durant son délire, faisait souvent un geste d'effroi en regardant quelque chose dans le vide, éprouvait vraisemblablement une émotion de peur devant un spectacle qu'il ne disait pas. Crivelli est pris de tremblement toutes les fois qu'il se croit dans la tranchée sanglante où il enjambait le corps d'un de ses camarades, et Soldis tremble de même quand il a l'hallucination du champ de bataille plein de morts et de mourants.

On peut vraisemblablement ranger dans le même groupe les malades qui, dans un délire silencieux, regardent avec attention à droite et à gauche, en balançant la tête, comme s'ils surveillaient l'arrivée d'une torpille, et ceux qui tressaillent de temps à autre parce qu'ils revivent sans cesse et rapidement quelque émotion pénible.

On explique quelques faits de plus en supposant que l'émotion peut devenir subconsciente, tout en déterminant encore des mouvements ou des gestes que le sujet exécute automatiquement.

Gilbert Ballet et Rogues de Fursac ont rapporté (1) un cas intéressant qui peut s'interpréter ainsi. Le soldat Beau présente un tremblement d'intensité va-

(1) *Les Psychoses commotionnelles. Paris médical*, 1er janvier 1916.

riable, parfois violent, des membres supérieurs, et, toutes les fois que ce tremblement atteint son maximum, Beau semble montrer quelque chose avec ses deux index en extension. « Que montrez-vous ? lui demande-t-on. — R. : Laissez-moi, je n'ai pas à en parler. — D. : Vous y pensez donc ? — R. : Oui, vous m'y faites penser. — D. : Que montrez-vous ? — R. : Je n'en sais rien, *les Allemands ou des ombres ; mais il n'y en a pas en ce moment.* » Un peu plus tard au même examen. « — D. : En ce moment avez-vous peur ? — R. : Non. — D. : Pourquoi tremblez-vous ? — R. : Je ne sais pas. »

D'autre part, le malade se rappelle que, quelques mois auparavant, au cours d'émotions et d'hallucinations terrrifiantes provoquées par un bombardement, il montrait à ses camarades des choses qui lui faisaient peur et qu'il ne voyait pas.

Il se peut que les tressaillements, les expressions d'effroi, les spasmes de la région œsophago-pharyngo-laryngée et certains tremblements relèvent parfois de cette explication et se rattachent, par un lien invisible, à une émotion devenue subconsciente ; mais il paraît bien difficile d'étendre l'interprétation à la totalité des accidents observés.

Ce que nous savons de l'émotion ne nous permet guère en effet d'admettre qu'elle puisse, présente et vivante, maintenir des expressions qui ont cette fixité et cette durée.

Un geste, un spasme et même certains troubles sensoriels et sensitifs peuvent s'expliquer par une émotion subconsciente ou non : une paralysie et une surdité qui durent des mois et quelquefois des années ne sauraient, semble-t-il, s'expliquer de même. Une émotion est, par définition, intermittente ou passa-

gère et elle ne peut, comme telle, soutenir que des expressions intermittentes ou passagères.

Il va de soi, par ailleurs, qu'on ne gagnerait rien en faisant appel ici à la constitution émotive pour expliquer ce que l'émotion, consciente ou subconsciente, n'explique pas. Une constitution émotive se traduit en définitive, par une multiplicité d'émotions et, dans la mesure où elle s'exprime par des troubles musculaires ou sensitifs, elle ne peut s'exprimer que par des troubles variables dans leur intensité, intermittents ou passagers.

On a pensé lever la difficulté en admettant que l'émotion disparaît effectivement en laissant des expressions qui persistent comme des armatures vides. L'explication a été proposée pour tous les accidents qui se produisent après les chocs émotifs, et ces accidents se réaliseraient immédiatement, sans que le sujet ait besoin de se les représenter à l'avance et sans qu'il sache le comment ou le pourquoi de cette cristallisation.

Le regretté Déjerine, qui a soutenu cette thèse dans toute sa rigueur, disait, en décembre 1909, devant les Société de Neurologie et de Psychiatrie réunies : « Alors que, chez le sujet normal, les manifestations (émotionnelles) ne durent pas, le sujet se rassaisissant vite, chez certains autres et en vertu de tendances le plus souvent héréditaires, très rarement acquises, elles se fixent, se cristallisent pour ainsi dire... Ce qui est certain, ajoutait-il, c'est que ces phénomènes sont primitifs, qu'ils ne sont certainement pas le résultat d'une suggestion antérieure et que c'est l'état mental du sujet qui fera qu'ils sont passagers ou durables ».

Quand l'émotion « coupe les bras ou les jambes »,

quand « elle tombe dans les jambes », les sujets font des monoplégies, des paraplégies brachiales ou crurales; quand elle leur coupe la parole ils font du mutisme ; quand elle les plie sur eux-mêmes en leur rentrant la tête dans les épaules, ils font de la camptocormie; ces impressions, fixées de la sorte, persistent sous forme d'accidents divers, sans même inquiéter le malade ni le préoccuper, par une sorte d'inertie neuropsychique.

A l'appui de cette interprétation l'éminent et regretté neurologiste apportait un certain nombre de faits intéressants mais dont aucun n'était absolument probant. Et, tout en reconnaissant que, dans ce domaine, les faits ne peuvent jamais avoir la netteté désirable, j'avoue n'en avoir pas trouvé un seul parmi ceux qui furent invoqués ce jour-là en faveur de la « cristallisation » qui ne se puisse interpréter dans un sens différent, en faveur de l'autosuggestion. La discussion reste donc ouverte sur cette étiologie des accidents sensitifs et mentaux post-émotionnels et sans vouloir reprendre ici toute la thèse pour la discuter, je voudrais simplement le confronter avec les quelques faits que j'ai eus sous les yeux.

Pour qu'elle fût discutable dans tous les cas avec la précision nécessaire, il faudrait que les prétendues expressions fussent données et fixées sous forme d'accidents aussitôt après la commotion ; mais il n'en est rien ; elles leur sont pour la plupart postérieures de quelques heures, plus souvent encore de quelques jours et Déjerine lui-même, au cours de la même séance, a pris soin de nous dire qu'il ne voulait parler que des troubles se produisant instantanément après l'émotion. On comprend facilement en effet qu'il soit tout à fait impossible de contester l'existence de re-

présentations intercalaires quand les accidents post-émotionnels sont tardifs, tandis que les accidents immédiats représentent au contraire pour la doctrine des « expériences de choix ».

Or, si nous laissons de côté les accidents tardifs qui se produisent dans l'ordre neuro-musculaire et sensitif chez nos sujets, accidents dont nous essaierons d'établir tout à l'heure le caractère pithiatique, nous en trouvons au moins deux qui paraissent s'installer souvent très vite, d'une façon presque immédiate, après les émotions et les commotions, pour persister ensuite longtemps, et sur lesquels nous pouvons discuter ; ce sont les tremblements et le mutisme.

Dans un grand nombre de cas, les tremblements restent purement émotionnels et s'accompagnent des signes psychologiques et cliniques de la constitution émotive ; nous en avons déjà parlé.

D'autres fois, les sujets atteints de tremblements émotionnels se persuadent que leur tremblement ne finira pas ; à mesure que leur tremblement émotionnel s'atténue ou disparaît, ils font du tremblement auto-suggestif sans émotivité sous-jacente et tout simplement par ce qu'ils ne se croient pas capables de ne pas trembler. Nous avons donc affaire non pas à un seul phénomène qui survit passivement à l'émotion qui l'a engendré mais en réalité à deux phénomènes de nature et d'origine différentes qui se succèdent. Et tandis que la contre-suggestion est sans effet sur le premier quand elle ne l'exagère pas, elle guérit le second.

Ce qui se passe pour les aphones me paraît très analogue, encore qu'un peu plus compliqué.

Il peut y avoir et il y a, sous le coup d'une émotion, des mutismes et des aphonies purement émotionnels. En général ces accidents durent peu et il faut alors être témoin de l'émotion initiale pour les constater. J'en

ai vu deux fois, la première fois chez un malade très émotif que sa femme visitait à l'hôpital de Toul et qui, ayant eu avec elle une violente dispute, se mit soudain à bredouiller et finit par se taire tout à fait, après avoir poussé quelques cris gutturaux ; la seconde fois, chez un malade également très émotif que le docteur Pactet traitait par des décharges d'électricité statique et qui, très ému par le bruit, par les éclairs et par la douleur, a perdu subitement la parole. Le premier a parlé quelques heures plus tard mais pour bégayer pendant plusieurs mois sous l'influence de l'hyperémotivité, sans pouvoir être amélioré par aucune suggestion ; le second a recouvré la parole, de lui-même, au bout de 12 heures, mais après avoir traversé une période d'hyperémotivité où la voix restait étranglée. Le premier avait fait plus spécialement du mutisme et le second de l'aphonie.

Ces accidents sont, paraît-il, assez fréquents sur le front et en général très passagers ; ils relèvent de l'émotivité et rentrent dans une catégorie de troubles neuro-psychiques que nous connaissons.

D'autres fois les sujets nous arrivent dans les centres de l'avant avec une aphonie qui dure depuis deux, trois, quatre jours ou même plus et ils écrivent qu'ils ne parlent pas parce qu'ils ont la gorge serrée. Ils parlent cependant quelques heures plus tard sous l'influence des suggestions et des légères coercitions qui seront décrites plus loin et ils déclarent alors, pour la plupart, qu'ils ont toujours la gorge serrée mais que nous leur avons fait voir qu'ils pouvaient parler en dépit de cette gêne. Il est possible dans ce cas de dissocier les processus qui se sont associés.

Le malade a eu la voix réellement coupée par l'émotion et, tant qu'il reste sous le coup de cette

émotion, il garde, dans la région de la gorge, le sentiment d'une constriction plus ou moins forte et plus ou moins continue (accident émotif), dont il se croit incapable de triompher (aphonie autosuggestive) et dont il triomphe cependant sous l'influence de nos exhortations et de notre traitement coercitif.

Quand tout sentiment de constriction a disparu, le malade peut être aphone par pure autosuggestion et rester tout à fait résigné a une impotence fonctionnelle qu'il croit absolue ; mais il est toujours curable par contre-suggestion, persuasion et légère coercition.

Je n'ai pas eu, en interrogeant les muets guéris, des renseignements aussi précis que pour les aphones, mais ces muets sont beaucoup plus rares et je les retrouverai d'ailleurs tout à l'heure. Je n'ai voulu ici que montrer par des exemples comment un accident émotif peut se transformer en accident autosuggestif et acquérir alors tous les caractères des accidents autosuggestifs, c'est-à-dire la durée, la fixité, et la curabilité spéciale.

Il est donc illégitime, à mon sens, de dire que, chez certains de nos sujets, les manifestations de l'émotion tendent à persister quand l'émotion a disparu ; c'est trop simple et cela prête à des confusions. — En fait, il y a des manifestations émotives qui persistent parce qu'une hyperémotivité acquise ou révélée les soutient, mais celles qui persistent, avec les caractères de fixité, de durée, de curabilité que nous avons dits, sont devenues autosuggestives après avoir été émotionnelles. Le phénomène, tout en gardant la même apparence extérieure, a changé de nature.

La difficulté, je le reconnais, c'est de dire à quel moment un accident cesse d'être émotionnel pour devenir autosuggestif mais nous verrons que cette difficulté

est la même quand il s'agit d'accidents primitivement organiques se transformant, au fur et à mesure qu'ils guérissent organiquement, en accidents autosuggestifs. Pas plus dans un cas que dans l'autre, il n'est indispensable de connaître tous les chaînons transitionnels pour affirmer qu'il y a transition ; il suffit qu'aux deux extrémités de la chaîne, nous ayons des accidents cliniquement et psychologiquement distincts, l'accident émotionnel et l'accident autosuggestif.

J'estime que cette transformation fréquente de certains accidents émotionnels en accidents autosuggestifs est pour beaucoup dans la confusion qu'on fait souvent entre la constitution émotive et la constitution hystérique. En réalité, ce sont là deux constitutions, deux dispositions de l'esprit bien différentes, et l'autosuggestion, qui exige un travail plus ou moins systématique des tendances et tout au moins l'établissement d'une sorte de certitude affective, n'est pas compatible avec les émotions intenses ni avec l'hyperémotivité. Le règne de l'une ne commence guère que lorsque le règne de l'autre est achevé ou sur le point de finir.

Si ces conclusions sont vraies pour des accidents qui pouvaient, avec quelque vraisemblance, passer pour la prolongation d'accidents émotionnels immédiatement établis, à plus forte raison le seront-elles pour des accidents tardifs qu'aucun chaînon transitionnel ne rattache à des accidents émotionnels primitifs et dont nous dirons tout à l'heure l'origine hétéro ou autosuggestive.

La psychologie de tous nos malades est par ailleurs en opposition avec l'interprétation que nous combattons. Ce ne sont pas des paralytiques, des sourds, des muets chez lesquels l'accident est venu du dehors

et s'est imposé en vertu de leur passivité mais des malades qui se croient sourds, paralysés, muets, parce qu'ils ont rencontré une certaine difficulté lorsqu'ils ont voulu entendre, marcher et parler.

Si un certain nombre de leurs accidents fonctionnels, et notamment des accidents moteurs, ressemblent à des manifestations de la peur, ce n'est pas, comme le pensent plusieurs auteurs, parce qu'ils dérivent directement de ces manifestations, mais parce que les autosuggestions du malade peuvent en continuer quelques-unes par les processus que nous venons d'indiquer et surtout parce que la ressemblance est fatale entre des accidents fonctionnels élémentaires qui reviennent presque tous, dans l'espèce, à des paralysies ou à des anesthésies.

CHAPITRE VII

INTERPRÉTATION PITHIATIQUE

Il reste à faire l'essai de l'explication pithiatique, c'est-à-dire à voir dans quelle mesure les accidents en question sont curables par persuasion et explicables par les autosuggestions et suggestions des sujets.

Disons donc tout de suite, sans empiéter sur la thérapeutique dont je parlerai dans un autre chapitre et à seule fin de faciliter notre analyse, que la plupart des accidents que je viens d'énumérer peuvent être guéris, ou tout au moins très améliorés, par la persuasion, et surtout par des traitements et impressionnants et légèrement coercitifs dont le traitement électrique est le type.

Mes procédés de persuasion ont varié suivant les individus. Aux malades désireux de guérir j'affirmais la guérison certaine et prochaine s'ils voulaient bien faire un effort intense pour parler, pour entendre, pour se redresser, pour cesser de trembler; à ceux qui restaient inertes et passifs devant leurs accidents, je faisais entrevoir la nécessité d'un traitement long et pénible s'ils ne guérissaient pas ; avec tous,

j'appuyais mes raisonnements d'un traitement électrique, consistant dans des décharges d'électricité statique. Ce traitement, qui s'accompagne d'une certaine mise en scène, avait par lui-même une valeur suggestive, mais il contribuait de plus, par l'excitation des décharges, à provoquer l'effort que je demandais.

C'est avec les muets que les succès ont toujours été les plus rapides et les plus complets. Presque tous ont parlé dès la première séance, après des excitations très peu douloureuses dont la durée ne dépassait pas deux minutes ; certains ont parlé quelques heures plus tard, sans qu'il ait été utile de les soumettre à de nouvelles excitations ; quatre ont parlé le second jour, après la deuxième séance ; deux nous ont fait attendre cinq jours et huit jours leur guérison ; il n'y pas eu d'insuccès.

En général, les malades qui étaient plus spécialement aphones poussaient un cri de douleur et de surprise : « ah! » sous l'influence des premières décharges, et ce cri leur révélait à eux-mêmes la possibilité où ils étaient encore de faire fonctionner leur larynx. Une fois ce premier cri poussé, il n'y avait qu'à continuer les excitations, en les appuyant de fortes objurgations, pour faire émettre par le malade toutes les voyelles. « Tu viens de dire : ah ! Dis : E, tu le peux ; allons, dépêche-toi ; tu ne fais pas ce que tu peux. Dis : « I ; N... de D... ! etc... » Le malade disait I, puis E, puis O, puis U ; on recommençait avec les consonnes, et, les premières consonnes une fois prononcées, on proposait une phrase : « Je vais mieux ; il fait beau ; je ne suis plus muet, etc... » La phrase dite, on déclarait : « Tu vois bien que tu peux parler », et le muet parlait en effet. A l'hôpital Gama

de Toul, la phrase proposée était : « Je veux un verre de bordeaux. » Et le muet avait un double intérêt à la dire, car on ne lui refusait pas, après sa guérison, le verre en question.

Les malades, beaucoup plus rares, qui prétendaient avoir une paralysie de la langue et ouvraient la bouche sans faire aucun effort d'articulation ni de phonation, articulaient dès les premières décharges et retrouvaient la phonation sans paraître la chercher, comme si toute leur attention avait été portée sur la paralysie de la langue et non sur l'inertie de leur larynx. La plupart des muets démutisés parlaient bien dès la première heure ; les autres parlaient à voix basse, ou bien ils bégayaient pendant quelques jours ; mais, d'une façon générale, la guérison marchait assez vite pour que des conversations pussent souvent s'établir de lit à lit entre muets, dès le premier jour de la démutisation. Quand un muet guéri était porté par son tempérament à raconter sa cure et à glorifier le médecin qui l'avait traité, nous mettions cet enthousiaste à côté des muets qui devaient être soumis au traitement électrique, et il nous préparait les voies. Un Bordelais expansif nous a rendu ainsi des services éminents.

Un grand nombre de sourds ont été améliorés ou guéris de même par des exhortations énergiques appuyées d'excitations électriques. J'en ai compté tout au plus une dizaine sur lesquels le traitement est resté complètement inefficace ; mais il faut dire que les sourds présentant des traumatismes graves et manifestes de l'oreille ont été souvent dirigés sur d'autres services que les services de psychiatrie.

Nous opérions avec les sourds comme avec les

muets, avec la différence que toutes les procédés de persuasion préalable devaient s'exercer par des phrases manuscrites. Puis c'étaient les décharges électriques avec les ordres *verbalement* donnés : « Dis : ah ; dis : E ; dis : O ; dis : I ; dis : U », et des objurgations violentes, qui, à la longue, semblaient devenues rituelles. C'était enfin un ordre à exécuter : « Descends du tabouret ; remets ton képi », avec la conclusion nécessaire : « Tu vois bien que tu entends. » Quand les malades étaient sourds-muets, on leur rendait en même temps la parole et l'ouïe.

Avec la plupart des aveugles, nous n'avons pas obtenu de guérison véritable par ce traitement ni par aucun autre ; la cécité s'est atténuée d'elle-même et a disparu peu à peu, mais nous ne sommes pour rien dans cette disparition ; c'est tout au plus si deux commotionnés qui n'avaient qu'une cécité très incomplète de l'œil gauche ont déchiffré péniblement de cet œil, après électrisation, un texte qu'ils avaient commencé par ne pouvoir lire.

Pour les autres accidents, ce même traitement a réussi plus ou moins vite et plus ou moins bien.

Quelques bégaiements, qui reposaient sur un fond d'émotivité manifeste, sont restés rebelles aux suggestions. C'est le cas de Noir, un émotif qui a bégayé depuis son enfance jusqu'à l'âge de huit ans, et qui voyait son infirmité s'atténuer, lorsqu'une émotion provoquée par un incendie, à l'âge de neuf ans, l'a rendu bègue de nouveau pour une quinzaine d'années ; il allait mieux, lorsqu'une explosion d'obus l'a enseveli, et le voilà, avec son émotivité profondément troublée, qui bégaie sans doute pour longtemps, sans qu'aucune contre-suggestion puisse l'améliorer. D'autres, qui hésitaient à parler après avoir

été muets, et qui bégayaient surtout parce qu'ils n'étaient pas sûrs d'avoir reconquis la fonction de la parole, ont été au contraire assez vite guéris ou améliorés.

J'en dirai tout autant des tremblements d'origine organique que j'ai déjà signalés. Il va de soi que la persuasion est sans résultat sur ceux-là. Elle ne réussit guère mieux avec les tremblements émotifs qui sont presque toujours généralisés. Mon confrère, le docteur Delmas, a très justement remarqué que les tremblements émotifs et généralisés s'accompagnent souvent d'une certaine exagération qui tient à l'impression produite sur le sujet par son propre tremblement et à la conviction où il est qu'il ne peut s'empêcher de trembler ; il se prête ainsi à son tremblement au lieu de le repousser et la persuasion peut le débarrasser de cette « floraison pithiatique », mais en laissant un résidu.

On ne réussit complètement que sur les sujets qui tremblent parce qu'ils sont persuadés qu'ils ne pourraient faire autrement, et ces tremblements sortis souvent, par autosuggestion, de tremblements émotionnels mais sans émotivité persistante, sont en général des tremblements partiels.

La paralysie ou la parésie n'ont pas résisté plus que le mutisme, bien que les malades aient rarement guéri avec la même instantanéité que la plupart des muets.

L'hémiplégique Buffet, dont j'ai conté l'histoire, a guéri en cinq minutes et dans une seule séance. Il est arrivé sur un brancard dans la salle de consultation, complètement immobilisé par la paralysie de son côté gauche. Après quelques excitations électriques un peu douloureuses et l'assurance qu'elles

guérissaient toujours, Buffet a commencé à remuer la jambe et le bras ; puis il a fait péniblement le tour de la salle, et enfin, après quelques excitations de plus, il a pu, en s'appuyant à peine sur une canne, regagner à pied la voiture qui l'avait amené. A l'hôpital Gama, quand il est rentré, les blessés qui l'avaient vu partir sur son brancard lui ont fait une ovation bruyante où l'ironie se mêlait manifestement à la sympathie.

Nous avons traité de même, par l'électricité et par nos encouragements, tous les courbe-troncs, et nous n'en avons pas guéri un seul tant que nous n'avons usé que des excitations statiques, insuffisamment intenses. Du jour où nous avons disposé de courants faradiques, tous nos courbe-troncs ont guéri et se sont redressés après sept ou huit séances tout au plus. Nous en avons guéri de la sorte avec le docteur Galtier, pour lesquels on avait essayé, depuis dix et quatorze mois, les traitements les plus divers, y compris les corsets plâtrés. Après plusieurs séances, ils ont pu reprendre leur service, complètement droits. Sous l'influence de l'excitation ils se redressaient, et chaque jour avce moins de peine. J'ajoute qu'ils nous ont toujours remerciés après guérison.

Avec les anesthésies tactiles et douloureuses, le traitement par la persuasion et par l'électricité statique a donné quelques guérisons, quelques améliorations et, parfois aussi, n'a rien donné du tout.

Deux malades, atteints d'anesthésie tactile et douloureuse étendue à toute la surface du corps, ont été guéris en trois séances par notre traitement électrique.

Eyric, qui accusait une disparition de la sensibilité douloureuse sur le côté droit du corps, ne confon-

dait plus, de ce côté, les contacts et les piqûres après la troisième séance d'électrisation ; mais il s'en fallait de beaucoup qu'il fût revenu à l'état normal.

Dillo, qui avait perdu la sensibilité du bras droit pour le contact et la douleur, l'a retrouvée tout entière après la première séance.

Saclof s'améliore sous l'influence du même traitement, en deux séances ; mais il reste cependant moins sensible à la douleur du côté gauche que du côté droit.

Favre est de même très amélioré pour son insensibilité droite au contact et à la douleur ; mais avec d'autres malades, notamment avec Boullet, je n'obtins aucun résultat appréciable.

De même, avec les zones d'anesthésie en îlots ou en segments, j'ai obtenu, par le traitement habituel, des guérisons, des améliorations et aussi des résultats très incomplets.

En même temps que ces accidents moteurs et sensitifs j'ai vu disparaître, sous l'influence du même traitement, bien des accidents mentaux, l'amnésie globale, certaines amnésies électives et même l'obtusion intellectuelle. Les confus ainsi guéris étaient tous à plusieurs semaines de leur accident primitif. L'un d'eux, Godard, dont j'ai déjà parlé et dout l'amnésie s'étendait sur tout le passé, a brusquement retrouvé une partie de ses souvenirs après une séance d'électricité statique dont nous lui avions vanté à l'avance l'efficacité ; un autre, Wel, qui faisait depuis un mois et demi une confusion mentale, caractérisée par de l'obtusion et de l'amnésie rétrograde, a été brusquement tiré, par des décharges électriques, de la passivité où il s'attardait, et, depuis lors, il s'est remis à comprendre et à se souvenir ; mais le plus curieux a

été Antonin, qui est arrivé à l'hôpital de Wadelincourt, près de Verdun, le 9 juin 1915, dans un état de confusion très grande, à la suite d'un éclatement d'obus qui s'était produit à côté de lui au cours d'une grande canonnade. Il parlait peu, ne savait pas où il était, d'où il venait, ce qu'il avait fait récemment ou avant la guerre, et l'obtusion intellectuelle était aussi profonde que l'amnésie. La nuit, il rêvait de batailles et d'Allemands ; quelquefois il s'asseyait sur son lit en criant : « Attention les gars, gare aux obus !.... » Très suggestible dans son délire, il voyait des soldats allemands en plein jour dans les coins obscurs de la pièce, dès que je lui disais : « Regarde les Boches, ils sont là. » Puis, quand le délire est tombé, Antonin a cessé de parler, et, pendant quelques jours, il allait devant lui, tantôt riant niaisement d'un air béat, tantôt soupesant tous les objets qu'il rencontrait et les remettant à leur place, sans donner aucun signe d'intelligence ni de réflexion et sans que son attitude ou ses gestes pussent permettre de croire qu'il comprenait les questions les plus simples.

Il paraissait tellement égaré et tellement obtus que j'avais ajourné sa rééducation à une date où il pourrait déjà comprendre ce qu'on attendait de lui. C'est le docteur Milian qui l'a démutisé, le 11 juillet 1915, suivant notre méthode habituelle, et il a eu l'heureuse surprise de voir le malade non seulement parler mais comprendre, évoquer facilement un grand nombre de souvenirs anciens, raconter une partie de la bataille d'où il venait, et ne garder, en fait d'amnésie, qu'une lacune correspondante à son délire onirique. Il a dit toute sa vie passée avec précision, s'est intéressé aux événements actuels de la guerre, a écrit à sa famille une carte bien tournée, et fait, de tête, quelques pro-

blèmes. Il n'avait aucun accident d'ordre sensitif ou moteur et sa santé mentale s'est si bien maintenue, qu'il a pu, quelques jours plus tard, partir en congé de convalescence.

Le docteur Colin, de Villejuif, me racontait qu'il a guéri de même par une séance d'électricité et surtout par la perspective d'une seconde séance, un officier qui présentait de la cécité pour les notes de musique, et j'ai vu moi-même la cécité musicale d'un malade s'améliorer brusquement à la suite d'une séance d'électricité où je l'avais menacé de décharges plus fortes pour le lendemain, si « le premier traitement ne suffisait pas ». De même Merul et Guibal, qui prétendaient ne pouvoir lire les mots imprimés et ne pas en comprendre le son, ont retrouvé la compréhension visuelle et verbale après deux séances. La guérison a été tout aussi rapide pour trois commotionnés qui prétendaient avoir perdu « la mémoire de la parole ». J'ajoute avec regret que le traitement n'a pas été essayé avec Marot, Delnod, Haudry et Morel parce que je ne croyais pas encore à son efficacité sur les aphasies sensorielles de ce genre ; toutefois, après les résultats que je viens de dire, les probabilités sont pour qu'avec ces derniers malades, comme avec les autres, il eût réussi.

J'ai dit plus haut (page 117) que je prendrais le terme de persuasion au sens large. On voit maintenant ce que j'entendais par là.

En fait, il est assez difficile, avec nos malades, de réussir par les procédés ordinaires de persuasion, bien qu'on puisse les employer quelquefois avec succès.

D'une façon générale, on risque de rater les sujets vis-à-vis desquels on ne dispose comme moyen d'action que de la parole, c'est-à-dire du raisonnement,

des conseils, des exhortations, des ordres, des promesses ou même des menaces, et un malade raté est toujours plus difficile à guérir parce que l'échec de la thérapeutique le fortifie dans la conviction qu'il est gravement atteint ou incurable.

On réussit, au contraire, plus facilement, si on ajoute à la parole des excitations électriques et l'on peut distinguer, je crois, dans cette thérapeutique trois mécanismes d'action un peu différents et plus ou moins associés.

1° On impressionne le malade par l'éclat des étincelles, par le bruit des décharges, par la vibration sonore des bobines, par l'étalage des appareils, par les résultats thérapeutiques qu'on lui annonce et dont la douleur physique, toujours très supportable, qu'il éprouve, apparaît comme la condition préalable et le gage, etc., etc.

2° On provoque, par l'excitation électrique, sous forme de mouvement ou de cri, une réaction automatique dans la fonction que le malade croyait perdue ; on lui démontre alors, par cette réaction même, que la fonction n'est pas perdue et qu'il n'a qu'à faire un effort de volonté pour la retrouver. Il fait cet effort et il la retrouve.

3° On ajoute à l'efficacité des exhortations et des ordres en les appuyant par des excitations électriques qui agissent alors comme des stimulants énergiques et continus de l'effort qu'on veut obtenir. Le malade atteint ainsi le but devant lequel il se dérobait ou saute l'obstacle qu'il jugeait infranchissable.

Sans doute tous ces mécanismes sont des mécanismes de thérapeutique mentale qui aboutissent à provoquer l'effort volontaire, mais, en dépit de cette

ressemblance avec les procédés ordinaires de persuasion, ils s'en distinguent facilement.

Le premier d'entre eux, qui a pour objet d'impressionner favorablement le malade, est une sorte de suggestion.

Le second commence par provoquer une réaction motrice par une excitation physique et ne devient persuasif qu'après que cette réaction a eu lieu.

Le troisième se rapproche, à certains égards, de la coercition.

Ce sont là des distinctions qu'il ne faut pas perdre de vue, quand on garde les termes de persuasion ou de pithiatisme, comme je l'ai fait ici.

∴

Mais si la guérison par persuasion démontre qu'un accident nerveux est de nature hétéro-suggestive ou autosuggestive au moment où on le guérit, elle ne démontre pas qu'il l'ait été dès l'origine.

Laignel-Lavastine a observé des paraplégies s'accompagnant parfois de réactions albumineuses du liquide céphalo-rachidien, guérissant sans laisser de trace, ou se transformant en paraplégies par autosuggestion à la suite de la constatation que le sujet avait faite de son impuissance motrice passagère.

Tous les médecins de centres neurologiques ont eu des occasions de faire des constatations de ce genre, et, puisqu'il peut y avoir des paralysies à lésions transitoires et légères qui ne se traduisent pas par des signes cliniques, il n'est pas douteux que nombre de paralysies gui guérissent par persuasion ont pu commencer par être organiques.

Les deux commotionnés paraplégiques que nous a adressés le docteur Devaux et qui ont présenté, pendant vingt-quatre heures, des signes de lésions organiques, n'avaient qu'à rester paraplégiques après la guérison de leurs lésions pour faire une paraplégie curable par persuasion. J'ai d'ailleurs amélioré et ensuite guéri, par quelques exhortations, le sujet que j'avais observé à D... et qui gardait un peu de parésie de la jambe droite après la disparition de ses lésions organiques.

Certains tremblements pithiatiques ont, nous l'avons vu, une origine analogue, le sujet ayant d'abord tremblé pour des raisons organiques ou émotives et ayant continué à trembler alors que toute cause émotive ou organique avait depuis longtemps disparu. Lerot, qui avait un tremblement continu de la jambe droite, dit « qu'il tremblait bien plus autrefois, peu de temps après sa commotion, surtout quand on l'interrogeait; ça c'est porté dans sa jambe droite sans qu'il sache comment ». Nous le guérissons en une séance.

Bien des anesthésies sensorielles ou sensitives relèvent sans doute souvent de la même cause et notamment certaines anesthésies auditives qui commencent par être rebelles à toute cure par la persuasion et qui cèdent un beau jour à une cure de ce genre. Lannois et Chavannes de Lyon (1) ont été frappés du nombre de surdités par éclatement d'obus qui, après avoir été profondes et graves pendant quelques semaines, guérissaient ensuite d'elles-mêmes; mais si le sujet est suggestible, il peut garder, à la

(1) Rapport du professeur Lannois et du docteur Chavannes. Centre d'oto-rhino-laryngologie de Lyon (30 juin 1915).

suite de sa surdité réelle, une surdité par autosuggestion dont il guérira plus ou moins vite et souvent tout d'un coup, sous l'influence d'un traitement qui n'aura pas d'autre objet que de l'impressionner en sollicitant ses efforts.

On pourrait citer bien d'autres exemples de ce genre de transformation de l'accident organique ou de l'accident émotionnel en accident d'autosuggestion ; le malade y hérite de lui-même, suivant l'expression de Lasègue, et il réalise d'autant mieux un trouble paralytique ou anesthésique qu'il n'a qu'à le continuer.

∴

Dans bien des cas aussi, les accidents que nous guérissons par la persuasion ont été dès, le premier instant, des accidents d'autosuggestion, en ce sens que le malade les a eus d'emblée comme tels, non pas en héritant d'un trouble organiquè mais en prenant pour point de départ de ses autosuggestions la difficulté légère et réelle qu'il a rencontrée dans l'exercice de telle ou telle fonction.

Je demande aux muets guéris pourquoi ils ne parlaient pas. Ils donnent de leur mutisme des raisons très différentes, mais ils invoquent presque toujours, pour l'expliquer, une cause à la fois insuffisante et réelle.

Un certain nombre parlent d'une constriction de la région œsophago-pharyngo-laryngée, quelquefois si forte qu'elle leur paraît gêner considérablement la déglutition. Cette constriction qui peut disparaître après avoir suggestionné le sujet mais qui peut aussi persister, suivant les cas, quelques heures ou quelques

jours après la démutisation avec des variations d'intensité, est enrapport manifeste avec l'émotion initiale et, comme elle gêne plus ou moins les mouvements du larynx, les sujets s'imaginent que la phonation est devenue impossible et ils font, par autosuggestion, de la paralysie des cordes vocales.

D'autres invoquent une gêne respiratoire, une oppression qu'on peut constater *de visu*, car ils ont des inspirations très superficielles et qui vont de trente à trente-cinq par minute. « Pourquoi ne parlais-tu pas ? » leur dis-je, et ils répondent : « J'avais le souffle coupé. » Quelques-unsemploient une formule plus laconique : « manque d'air ». Il n'y a aucun doute d'ailleurs qu'une accélération respiratoire pareille puisse gêner la phonation et la parole, car ces deux fonctions sont directement liées avec la respiration.

D'autres ont, nous l'avons vu, de la laryngite, et ils peuvent éprouver, à parler, une légère douleur qui suffit à les suggestionner et à leur faire croire que la phonation et la parole sont impossibles pour eux.

D'autres enfin, qui n'ont ni laryngite, ni oppression, ni constriction du larynx, ne parlent pas parce qu'ils n'entendent pas et qu'ils croient être devenus sourds-muets. C'est du moins ainsi que cinq sourds-muets m'ont expliqué leur mutisme après guérison.

L'étiologie que nous proposons est d'ailleurs acceptée depuis longtemps comme la plus vraisemblable. Pierre Janet a signalé ce fait très intéressant que le mutisme fonctionnel, tel que nous l'avons décrit, survient souvent après des maladies de la gorge ou de la poitrine (1), et Luc, le laryngologiste

(1) *Les Névroses*, p. 69. Paris, 1909.

bien connu, a observé plusieurs cas où les sujets ont fait de l'aphonie fonctionnelle à la suite d'une lésion de ces régions (1). De plus, il est évident, d'après le simple examen clinique, que le sujet rumine son trouble, le transforme et le réalise d'après les données de son imagination. S'il fait du mutisme plutôt que de l'aphonie ou de l'aphonie plutôt que du mutisme, c'est pour les raisons matérielles que j'ai dites et aussi en vertu de l'idée préconçue qu'il a de la fonction de la parole et des organes de cette fonction; quand il est aphone, il se déclare incapable de chuchoter, bien que la vibration des cordes vocales n'entre pour rien dans le chuchotement; quand il est muet, il dit ne pouvoir crier, bien que le mutisme n'ait jamais empêché personne de pousser un cri; quand il montre sa langue inerte, il ne paraît pas se douter que les lèvres et les joues participent à l'articulation des mots; tout met en relief chez le muet, comme chez l'aphone, le rôle de l'autosuggestion.

Il y a ainsi chez tous, ou chez presque tous, une petite gêne, une « épine », plus ou moins bien localisée, à laquelle l'autosuggestion accroche un trouble plus étendu et plus achevé et qui n'est au fond qu'un trouble mental.

Parmi les sourds, presque tous avaient, nous l'avons vu, des lésions plus ou moins graves de l'ouïe, otites scléreuses anciennes, otites suppurées, bouchons de cérumen, perforation du tympan, commotions labyrinthiques; mais ces lésions, de l'avis même des médecins auristes, étaient hors de proportion avec la surdité unilatérale ou bilatérale que nos sourds accusaient.

(1) *La Neuropathologie du langage*, p. 210 sqq.

On voit par là ce qui avait dû se passer au moment où ils avaient commencé à se retrouver, après leur commotion.

Tous, ou presque tous, avaient éprouvé, à entendre, une difficulté dont la cause organique nous est connue et — que cette cause fût récente comme une commotion du labyrinthe ou ancienne comme une otite scléreuse — ils s'étaient laissé suggestionner par leur épine ; ils n'avaient pas donné l'effort d'attention et de volonté qui leur aurait prouvé qu'ils entendaient encore. Depuis lors, ils étaient persuadés qu'ils n'entendaient plus et se conduisaient en conséquence. On pouvait leur crier à tue-tête dans l'oreille ou leur parler à voix basse, ils faisaient toujours signe qu'ils n'avaient pas entendu.

A la vérité, quelques-uns réalisent un trouble plus pur de surdité par autosuggestion ; j'en ai vu trois qui n'entendaient pas les paroles qu'on leur adressait et qui obéissaient aux ordres qu'on leur donnait sur un ton impératif : « Lève-toi ; assieds-toi ; tire la langue. » Dès qu'on reprenait l'interrogatoire sur le ton de conversation : « Quel âge as-tu ? Te rappelles-tu où tu étais quand l'obus a éclaté ? Quel est ton régiment ? », ils recommençaient à ne pas entendre et ils paraissaient sincères. En fait, tous les trois reculaient devant l'effort d'attention qu'on leur demandait en causant avec eux, et la difficulté de cet effort leur faisait croire qu'ils étaient sourds. C'était donc, encore et toujours, la même cause qui provoquait chez eux, comme chez les muets, une autosuggestion négative.

Leur interrogatoire, après guérison, ne laissait d'ailleurs aucun doute sur la nature autosuggestive de leur maladie, car la persuasion qui les rendait

capables d'efforts ne supprimait pas l'épine, et, quand ils pouvaient s'analyser, ils faisaient très bien le départ entre l'épine et les effets de la cure. L'un d'eux, Galois, me disait : « Je me croyais sourd parce que cela sifflait autour de moi et qu'il y avait toujours des sifflements entre mes oreilles et ceux qui me parlaient. Depuis que j'ai été électrisé, je n'ai pas cessé d'entendre les sifflements mais je fais effort pour les *traverser* quand je vous écoute. » Un autre, un sous-officier, à qui j'exprimais ma surprise agréable de le voir entendre après une courte séance d'électricité, m'a répondu : « Je me rends compte que c'était de l'imagination et de la paresse, car vous ne m'avez pas guéri et je reste avec l'oreille dure. » Qu'avais-je donc obtenu avec ces sourds dont je ne guérissais ni les perforations tympaniques, ni les commotions labyrinthiques, ni les otites? — Uniquement qu'ils reprissent confiance dans leur effort pour entendre et pour écouter, et qu'ils fissent cet effort.

Cette explication s'applique sans difficulté aux deux aveugles que nous avons améliorés par suggestion et qui ont lu après électrisation, malgré la commotion rétinienne et le nuage qu'ils gardaient devant les yeux.

Dans la plupart des cas de paralysies, il n'est pas plus difficile que dans les cas précédents de trouver l'épine qui sert de point de départ aux autosuggestions. Sans aucun doute, il peut arriver que le paralytique soit suggestionné par une simple idée et c'est apparemment le cas du malade de Jolly qui a fait une paraplégie brachiale double à la suite d'une explosion de grenade, après avoir fait dix ans auparavant une paralysie radiale gauche; c'est peut-être ainsi que s'explique le cas très analogue de Lévy Va-

lensi ; mais il n'est pas impossible que, dans les deux cas, les malades aient conservé une certaine gêne dans leur bras autrefois malade, et que cette gêne les ait suggestionnés autant que leurs souvenirs.

Pour trois parésies crurales j'ai trouvé des épines vraisemblables. C'était, pour un malade, une chute sur les genoux, dont il gardait la trace, et qui avait laissé, dans la région, une douleur persistante. Pour deux autres, des contusions variées des cuisses, de la peau des jambes, du bassin suffisaient pour expliquer l'autosuggestion.

Pour trois cas d'astasie-abasie sur quatre que j'ai observés, j'ai pu établir que les troubles de la marche et de la station debout avaient été provoqués par une commotion légère du labyrinthe ; les sujets, frappés et émus de leur vertige labyrinthique, en avaient tiré par autosuggestion de l'astasie-abasic qu'ils avaient gardée même après la disparition de leur vertige. Pour le quatrième, j'incrimine plutôt l'incertitude et l'hésitation de la démarche, qui s'était produite au cours d'une période confusionnelle et que le malade avait exagérée en la prolongeant ; mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Enfin, chez deux des hémiplégiques qu'il m'a été donné de traiter et de guérir, j'ai pu expliquer la localisation de l'hémiplégie sur le côté gauche du corps par des raisons psychologiques ou organiques probables. Le premier, Favre, avait été projeté par l'explosion contre le mur d'épaulement de la tranchée, et il avait, en même temps qu'une parésie des membres supérieurs et inférieurs, une anesthésie et une analgésie qui occupaient toute la moitié gauche du corps.

Le second, Buffet, m'a raconté qu'il avait été blessé,

étant tout jeune, d'un coup de faux au pied gauche, et il gardait en effet de cet accident une déformation du pied ; il avait eu également quelques accidents mal définis du côté du poumon gauche et il m'a déclaré n'être pas surpris de voir son hémiplégie siéger à gauche, « car sa mère lui avait toujours dit que c'était son côté faible ». En le palpant dans son lit, j'ai de plus constaté à la hanche gauche une contusion récente et légèrement douloureuse qui remontait à l'explosion et dont il n'avait pas parlé. C'était plus de raisons qu'il n'en fallait pour expliquer la localisation de l'hémiplégie. J'avoue cependant, malgré cette surabondance de raisons dont aucune d'ailleurs n'est décisive, et bien que l'examen du liquide céphalo-rachidien ait été négatif, qu'on peut toujours penser à des lésions légères et passagères qui auraient déjà disparu quand j'ai vu le malade et à des troubles organiques également légers qui l'auraient suggestionné avant de disparaître. Le cas de Buffet est un de ceux où les explications organiques ne sauraient être complètement écartées. Le troisième malade, le moins convaincu des trois, n'avait pas d'épine apparente et je n'ai pu découvrir pour quelles raisons il avait « choisi » son côté gauche.

Les courbe-troncs, quand ils ont guéri, ont guéri de la même manière et nous ont donné, sur l'origine de leurs accidents, des renseignements précieux.

Sur les neuf que j'ai suivis de près, presque tous ont raconté la même histoire ; ils avaient été pris dans une explosion d'obus qui les avait roulés, renversés, ensevelis, et, au cours de cette explosion, ils avaient reçu sur le dos, soit des rondins s'ils se trouvaient dans des blockhaus, soit des sacs de terre s'ils se trouvaient dans les tranchées, soit du sable et des

pierres s'ils se trouvaient en rase campagne. Après avoir repris connaissance, ils s'étaient trouvés dans l'impossibilité de se redresser. J'ai constaté en effet, pendant les premiers jours, qu'ils avaient presque tous des contusions sur un ou plusieurs points de la colonne vertébrale.

L'un m'a dit avoir senti quelque chose qui se rompait dans son dos, au moment où il ramassait, sous les obus, le corps d'un camarade qu'il croyait seulement blessé ; en arrivant au poste de secours il s'était aperçu qu'il avait apporté un cadavre, d'où une émotion violente au cours de laquelle il n'avait cependant pas perdu connaissance. Quelques heures plus tard, il avait commencé à se courber. Un autre avait voulu soulever le sac de terre qu'une explosion d'obus avait renversé sur un camarade, et, comme le précédent, il avait « senti quelque chose qui se rompait dans son dos » avant d'être lui-même enseveli par une deuxième explosion.

Il est vraisemblable que, chez ces deux derniers malades, l'effort avait déterminé la rupture de quelques fibres dans les muscles lombaires, et qu'ils se tenaient courbés pour éviter une contraction douloureuse et difficile de ces muscles.

Pour tous, il semble bien, comme l'a dit Jean Sicard, que l'attitude adoptée est, à l'origine, une attitude de défense contre la douleur ; ils éprouvent, de par leurs contusions, une peine réelle à redresser leur colonne vertébrale et ils se tiennent courbés pour ne pas souffrir.

Mais toute douleur a disparu depuis longtemps qu'ils se tiennent toujours courbés et paraissent souffrir quand on les redresse de force. Pour comprendre cette persistance de l'attitude, je me la suis

imposée toute une matinée en écrivant sur une table un peu basse et en m'astreignant à ne pas faire un mouvement de redressement pendant trois heures. Quand j'ai voulu me redresser, j'ai éprouvé dans la région lombaire, et vraisemblablement dans les muscles lombaires, une douleur très réelle. Ces muscles, qui avaient subi pendant trois heures une élongation assez forte et s'étaient anémiés dans cette élongation, ne pouvaient accomplir tout d'un coup l'effort considérable que je leur demandais pour relever le tronc, d'autant plus que les muscles antagonistes, qui étaient restés longtemps en état de contraction légère et tonique sans se fatiguer ni s'épuiser, devaient offrir une résistance particulièrement forte. Je pense que l'attitude des courbe-troncs, ou plutôt la persistance de cette attitude, peut s'expliquer ainsi. C'est dans la douleur qu'ils éprouvent à se relever qu'ils trouvent les éléments de leur autosuggestion ; ils croient d'autant plus volontiers à l'impossibilité de l'effort qu'ils le sentent pénible (1).

(1) Il est à remarquer que les accidents de ce genre, qui ont apparu chez nous dès le début des hostilités, n'ont été signalés par les Allemands que vers le milieu de 1915. Le docteur Gaup qui en décrit sept cas (*Ungewöhnliche Formen der Hysterie bei Soldaten. Sitzung des medizin-naturwissenschaftl. Vereins Tübingen vom* 23, VI, 1915), note la forte inclinaison en avant de la tête et du thorax incliné presqu'à angle droit sur les jambes, d'où la nécessité, pour le malade, de s'appuyer sur des cannes pendant la marche. Le type, qui rappelait la plicature sénile des vertèbres ou la forme de l'ankylose vertébrale dite de Strümpell-Marie, était dû à des causes très diverses. Deux fois, il y avait eu des modifications organiques de la colonne vertébrale par coup sec, une fois blessure par coup de fusil dans la région de la croupe, une fois frayeur, dans une position accroupie, à la suite d'une explosion de grenade dans le voisinage.

∴

Babinski tient *a priori* toutes les hémi-anesthésies pour le résultat d'une suggestion et il les considère comme l'œuvre du médecin. Il se peut qu'il ait raison et je ne crois guère, dans l'espèce, à l'autosuggestion du malade, si manifeste dans les cas de surdité, de cécité, de mutisme, de paralysie. Le commotionné qui se retrouve, après une période plus ou moins longue d'obnubilation, n'a pas besoin d'exercer sa sensibilité générale, comme ses sens spéciaux ou ses muscles et ses facultés intellectuelles, pour entrer en communication avec le monde extérieur ou avec les hommes ; il n'a donc pas à s'exagérer ni même à constater des différences de sensibilité entre les deux côtés de son corps. C'est le médecin qui l'aide le plus souvent à se suggestionner, même quand il conduit bien l'interrogatoire et l'examen. Il y a parfois, en effet, des raisons pour que le sujet croie sentir moins bien d'un côté que de l'autre, et ces raisons, nous l'aidons à les découvrir en attirant son attention sur sa sensibilité générale. Tantôt il a été contusionné et meurtri sur un côté et croit moins sentir les contacts et les piqûres parce que notre examen lui rappelle sa contusion ; tantôt il se croit paralysé et se sent anesthésique du côté qui lui paraît mort. C'est ce qui est arrivé à Buffet, mais seulement pendant quelques heures, parce qu'on a cessé d'attirer son attention sur sa sensibilité dès qu'on a vu qu'il se suggestionnaït.

Le plus souvent, l'examen médical amène le malade à comparer la sensîbilité des deux côtés de son corps, et, comme ces deux sensibilités sont rarement

égales, il n'a qu'à exagérer par suggestion une différence naturelle pour faire de l'hémi-anesthésie.

Les sujets sont d'autant plus préparés à des résultats de ce genre qu'ils éprouvent plus de peine qu'auparavant à faire des efforts de perception ; la moindre difficulté les suggestionne quand on les aide à la découvrir ; ils font alors de l'hémianesthésie comme d'autres font de la surdité unilatérale à propos de lésions anciennes qui ne les gênaient pas avant leur commotion.

Je n'ai pas d'opinion sur l'origine de l'anesthésie générale que j'ai constatée plusieurs fois, sinon que cette anesthésie avait pu sortir sans transition et par autosuggestion de la difficulté de perception et de localisation que les malades avaient éprouvée dans la période confusionnelle qui avait précédé ; à ce compte, ils se sont bornés encore à hériter d'eux-mêmes par autosuggestion et j'ai pu les aider à se suggestionner, en recherchant leur anesthésie.

Quant aux anesthésies en îlot ou aux anesthésies segmentaires, on peut leur attribuer *a priori* une origine autosuggestive de par le fait qu'elles ne correspondent à aucune distribution anatomique des nerfs, et l'interrogatoire du malade permet souvent de découvrir les raisons accidentelles (contusion, paralysie pithiatique, blessure légère) qui ont localisé l'anesthésie sur telle ou telle partie du corps.

*
* *

Restent les accidents mentaux comme l'obtusion, l'amnésie globale, les amnésies électives, les aphasies sensorielles et motrices, dont le caractère auto-

suggestif a été établi par la guérison et dans l'origine desquelles il est facile de faire la part de la cause organique, de l'épine, et de l'autosuggestion.

L'obtusion mentale de Wel et d'Antonin a commencé par être réelle avant de donner naissance à une obtusion imaginaire ; les deux malades, persuadés que leurs efforts de compréhension n'aboutissaient plus, avaient cessé d'en faire et gardaient l'attitude mentale de l'obtusion après avoir constaté l'obtusion elle-même. Wel, prié de dire ce qu'il avait éprouvé au moment de sa guérison, écrivait le surlendemain : « Je croyais ne plus rien comprendre ; j'étais hébété et je ne cherchais pas. C'est l'électricité qui m'a réveillé. Alors tout est revenu dès que j'ai essayé. » Oui, réveillé, c'est bien le mot, réveillé d'une espèce de sommeil mental, fait de paresse, d'indifférence, de passivité, et entretenu par la conviction que l'effort intellectuel était impossible ou inefficace.

De même Planel et Godard, comme Antonin et Wel, avaient traversé une période confusionnelle où tout effort d'évocation était très difficile, et cette difficulté générale avait laissé après elle, par autosuggestion, une amnésie globale, faite de la croyance que tous les souvenirs avaient disparu et qu'il était inutile de chercher à les évoquer.

En vérité, il y avait des degrés dans la conviction de ces amnésiques et des différences dans leur attitude. La conviction d'Antonin n'était pas réfléchie, et son attitude était toute passive. Il était amnésique parce qu'il ne savait pas qu'il ne l'était plus. Au contraire, Planel avait réfléchi sur son amnésie ; il savait bien — il le disait — que rien ne reviendrait plus, et ses réflexions ne l'empêchaient pas d'être sincère, puisqu'il a pleuré d'émotion en voyant qu'il pouvait

encore sculpter des fleurs. Godard avait non seulement pris conscience de son amnésie, mais il avait barré sa volonté de mémoire ; il avait étouffé la curiosité d'esprit qui aurait pu le porter à évoquer certains souvenirs, et devant deux petits tableaux, signés de lui, qui décoraient la salle à manger de sa famille, il lisait distraitement sa signature sans poser de question. Sans doute y a-t-il, dans les cas de ce genre, un état d'esprit très analogue aux longues bouderies des enfants et ces attitudes affectives deviennent permanentes sans que la volonté et l'intelligence aient besoin d'intervenir, une fois qu'un incident les a créées.

Les aphasies sensorielles et motrices et toutes les amnésies électives peuvent sortir de la confusion par la même voie. Morel écoute une phrase latine : il ne la comprend pas ; il en déduit qu'il a oublié le latin ; désormais il croit avoir oublié le latin, et il l'a oublié en effet si complètement, si admirablement, qu'il ne sait plus le sens du terme *homo*, alors qu'il le connaissait, comme tout le monde, avant d'avoir appris le latin ; c'est-à-dire qu'il sait encore assez de latin pour savoir qu'il ne doit pas comprendre les termes de cette langue qu'un homme ignorant le latin comprendrait sans peine.

Handry, qui a oublié, en fait, l'orthographe de quelques mots, est si convaincu qu'il a oublié l'orthographe tout entière qu'il s'inflige une orthographe prétendue phonétique parfois plus compliquée que la bonne.

Pour l'incompréhension visuelle des mots, il est manifeste que bien des malades y sont arrivés par une sorte de transposition, en reportant sur le dessin matériel et concret des mots la difficulté de compréhen-

sion qu'ils avaient éprouvée tout d'abord à l'égard des phrases, et qui avait ses racines dans leur confusion mentale. Je demande à Guibal après guérison : « Voyons ! rappelle-toi bien si quand tu regardais le mot *guerre* tu ne pouvais pas le lire, et le mot *livre*, et le mot *verre* », et il me répond : « La première fois que vous m'avez fait lire le journal, j'ai bien vu que je ne comprenais pas le sens, et c'est le lendemain que je n'ai plus reconnu les mots. » Rien de plus vrai. Il a lu d'abord, en les comprenant mal, des phrases entières ; et la cécité visuelle des mots est sortie, par autosuggestion, de cet effort malheureux (1).

Chez un de nos sujets, le musicien Soldis, l'amnésie s'est présentée dans des conditions qui suffiraient pour faire penser à de l'autosuggestion, le malade ayant eu de la cécité musicale et ayant perdu les images auditives des sons, parce que c'est de ce côté que s'étaient portés ses premiers efforts d'évocation dès le début de sa convalescence. Sur ce point, ses confidences ne laissaient pas de doutes. J'ajoute qu'avec des intentions excellentes, nous avons dû parfois créer des accidents par suggestion, les malades qui ont présenté les cécités et les surdités verbales les plus nettes, Haudry, Delnod et Marot, étant justement ceux qui ont été les plus éduqués en sor-

(1) Depuis que j'écrivais ceci, j'ai traité un jeune soldat qui, au sortir d'un accès de confusion mentale, a éprouvé une difficulté réelle à lire l'écriture manuscrite, même la sienne ; il commençait chaque fois par faire des erreurs ou des confusions de lettres, surtout à propos des lettres rares comme le w, le z, le k ; puis il s'arrêtait en disant qu'il ne reconnaissait pas les mots. Ici la cécité verbale serait vraisemblablement sortie, si on avait insisté, de la difficulté que le sujet éprouvait à reconnaître le lettres rares.

tant de leur période confusionnelle ; on a voulu hâter leur guérison en sollicitant leur activité intellectuelle, en les faisant lire et écrire, et j'estime que, dans leurs accidents aujourd'hui guéris, l'hetero-suggestion involontaire a joué son rôle autant que l'autosuggestion. La difficulté consciente de l'effort a créé l'obstacle.

Il y a donc deux origines différentes pour les accidents d'autosuggestion que nous avons rencontrés ; les uns sont les séquelles de troubles organiques ; les autres sont dus à l'interprétation des troubles organiques légers et encore présents ; mais, si on veut conserver cette distinction, il convient de ne pas la serrer de trop près. Le confus, qui fait de l'amnésie globale, hérite de son amnésie confusionnelle d'évocation en même temps qu'il s'exagère la difficulté de l'effort d'évocation : le courbe-tronc, qui ne se redresse pas, hérite, lui aussi, d'une attitude ancienne en même temps qu'il s'exagère la difficulté de l'effort qui lui permettrait de se redresser. Le sourd hérite de même de sa commotion labyrinthique à mesure qu'elle s'atténue, tout autant qu'il s'en exagère les conséquences actuelles. La plupart de nos malades héritent d'eux-mêmes, et tous, sans exception, créent leurs accidents parce qu'ils croient fermement à l'impossibilité de certains efforts.

C'est vrai non seulement des paralytiques, des muets, des amnésiques, des obtus, des paraplégiques, mais c'est également vrai des anesthésiques, des sourds et aussi des aveugles. Tous sont persuadés qu'une catégorie d'efforts, parfois très étendue et parfois très restreinte, leur est devenue impossible, et c'est, suivant les cas, l'amnésie globale ou l'anesthésie ou la paralysie d'un membre ou la cécité ver-

bale. Et, comme l'effort est toujours musculaire et moteur, qu'il s'agisse d'effort intellectuel, d'effort sensitif ou d'effort physique, c'est en définitive à des accidents d'autosuggestion ou de suggestion de la motricité volontaire que reviennent finalement tous les accidents dont nous parlons.

Mais d'où vient que tant de commotionnés sont capables de se suggestionner de la sorte ?

CHAPITRE VIII

CONDITIONS ORGANIQUES ET MENTALES DE LA SUGGESTIBILITÉ DE NOS SUJETS

Pour répondre à cette question, tous les neurologistes diraient que l'émotion, et sans doute aussi la commotion, rendent les sujets suggestibles et diminuent leur pouvoir de critique et de contrôle. C'est l'opinion que Pierre Janet soutient depuis longtemps ; c'était l'opinion de Déjerine, et c'est aussi l'opinion de Babinski et du regretté Dagnan qui écrivaient en 1912 (1) : « Il y a lieu de penser, *a priori*, que les ébranlements physiques, et surtout les secousses morales, peuvent amoindrir la personnalité, affaiblir le sens critique, augmenter la suggestibilité et jouer ainsi un rôle indirect dans le développement des troubles pithiatiques. »

Pour apporter un peu de clarté dans ce rôle de l'émotion, les deux auteurs ajoutent en note : « Cette augmentation de la suggestibilité, sous l'influence de l'émotion, est comparable à celle de la fatigue et de certaines intoxications. C'est ainsi que le haschisch, parmi de nombreux troubles psychologiques, semble

(1) *Journal de psychologie*, mars-avril 1912, p. 118.

déterminer de l'hypersuggestibilité à un degré plus ou moins élevé », et ils invoquent, sur ce point, l'autorité de Moreau de Tours.

Je n'ai aucune raison, bien au contraire, pour contester cette influence de l'émotion, mais, dans le cas des commotionnés qui se suggestionnent ou se laissent suggestionner, l'influence de l'émotion me paraît être singulièrement et souvent favorisée par une autre influence.

Tout d'abord, je l'ai dit et je le répète, l'émotion initiale ne prépare réellement le terrain pour les accidents d'autosuggestion que si elle ne laisse pas après elle des troubles graves de l'émotivité. C'est un fait que la plupart des commotionnés présentent une vivacité particulière des réflexes cutanés, tendineux, vaso-moteurs et de l'émotivité réflexe, mais c'est un fait également que ceux d'entre eux qui font des paralysies, de la surdité hystérique et même des mutismes sont les moins atteints dans leur émotivité. Ainsi que l'a souvent remarqué Babinski, il n'y a pas d'accidents d'autosuggestion avec une émotivité profondément troublée, c'est-à-dire, dans le cas qui nous occupe, avec de l'angoisse, de la sueur profuse, de l'agitation mentale et physique. Les émotionnés et les commotionnés qui font des accidents d'autosuggestion ou de suggestion, ont besoin pour les réaliser, pour y croire et pour s'y tenir, d'un calme relatif de leur affectivité. Cette nécessité est si forte que les crises émotives qui se déclenchent parfois, a titre de sequelles, chez certains convalescents qui présentent des accidents pithiatiques suffisent pour faire oublier a ces sujets leurs autosuggestions et les guérir momentanément.

D'autre part, ces mêmes commotionnés, qui s'autosuggestionnent, participent, presque tous, d'un état

cérébral et mental qui nous est connu et qui n'est autre que la confusion mentale. Ce n'est pas la confusion avec délire onirique. Cette forme de la confusion mentale ne s'associe pas avec les accidents d'autosuggestion ; le malade y est trop incohérent, trop agité, trop confus pour sentir un obstacle dans l'exercice de ses fonctions intellectuelles, sensitives ou motrices et pour interpréter cet obstacle et s'autosuggestionner.

Ce n'est pas non plus la confusion avec stupeur ou ou avec asthénie profonde, torpeur cérébrale, désorientation ; pas plus que le confus délirant, et pour des raisons analogues, le confus torpide ne fait d'autosuggestion. L'un et l'autre subissent passivement les lois de leur état mental et ils n'y ajoutent pas. C'est seulement lorsqu'ils sortent de leur délire ou de leur torpeur, lorsqu'ils sont capables de remarquer un trouble, de l'exagérer, de le fixer, que l'auto-suggestion est possible, et c'est pourquoi, chez les grands confus, les accidents d'autosuggestion sont toujours post-confusionnels, c'est-à-dire qu'ils se produisent au moment de la convalescence, une fois terminée la période de confusion aiguë.

Mais le plus souvent la confusion sous-jacente aux accidents pithiatiques est une confusion légère qui s'est manifestée mentalement par de la difficulté de compréhension et de la dysmnésie d'évocation ou de fixation. Cette confusion mentale peut être assez faible pour passer inaperçue ou pour n'être notée qu'à titre accessoire ; toutefois, quand on la cherche, on la trouve dans une proportion de cas si considérable qu'on peut la tenir pour à peu près constante. En ce qui me concerne, je n'ai trouvé parmi les commotionnés qui ont fait des accidents d'autosuggestion qu'un certain

nombre de muets, quelques sourds, un hémiplégique et plusieurs troncs-courbés qui ne parussent pas avoir présenté des signes de confusion mentale. Je sais que le docteur Delmas a fait des constatations analogues au Val-de-Grâce, dans le service du docteur Briand, et qu'à de rares exceptions près, il a trouvé de la confusion derrière les accidents d'autosuggestion. On peut donc affirmer que, chez nos malades, la confusion s'intercale presque toujours entre la commotion et l'accident nerveux ou mental. Il n'est pas sans intérêt de faire cette constatation, quand on sait que les manifestations les plus générales de la confusion mentale sont la difficulté de l'effort et la suggestibilité. Nous avons constaté les difficultés de l'effort dans les manifestations diverses de l'intelligence, de l'association des idées, de la mémoire d'évocation et de fixation ; elle n'est pas moins marquée dans la perception et dans la motricité volontaire où on l'a souvent signalée. « Le sujet, disait déjà Seglas en 1895, est dans l'incapacité de grouper ses sensations les unes avec les autres et de les assimiler à ce consensus d'éléments psychiques qui constitue la conscience personnelle. » Et plus loin : « Les mouvements volontaires sont lents à commencer et à s'accomplir ; ils sont hésitants, indécis, n'arrivent pas à leur but et semblent coûter un effort pénible. Cela n'a rien de surprenant lorsqu'on réfléchit que tout mouvement volontaire exige la synthèse préalable d'une foule de représentations mentales et que c'est justement le pouvoir de synthèse qui est atteint chez les confus (1). »

D'autre part, nous avons déjà signalé chez ces

(1) *In op. laud.*, p. 159.

mêmes malades la suggestibilité, la « flexibilité cireuse », pourrait-on dire, qui tient à la paralysie des fonctions supérieures de contrôle, et qui leur fait accepter si facilement l'influence d'autrui, conserver longtemps les mêmes attitudes ou même répéter en écho les paroles et les gestes de ceux qui les entourent. Seglas avait déjà insisté sur cette plasticité qui contraste si étrangement avec l'opposition et la résistance systématique des mélancoliques (1).

Pour que cette flexibilité cireuse engendre l'auto-suggestion il suffit que la confusion s'atténue et qu'un commencement de réflexion ou tout au moins d'observation critique apparaisse. Et c'est pourquoi, lorsque le confus est en état de s'essayer à l'exercice de ses différentes fonctions, il risque de se laisser suggestionner par le premier obstacle qu'il rencontre et de faire, suivant les cas, des paralysies ou des anesthésies. C'est pour la même raison qu'il fait, à cette période, si peu de contractures et si peu d'hyperesthésies ; c'est vers le moindre effort que le porte son état confusionnel ; c'est la difficulté de l'effort qui engendre ses auto-suggestions

Nous avons déjà vu que les phénomènes confusionnels ne sont très vraisemblablement que la traduction mentale d'une intoxication des centres nerveux qui résulte de l'émotion et de la commotion. Il y a donc à parler non seulement d'émotion et de confusion mais aussi d'intoxication, et il faut chercher dans l'intoxication des centres l'explication profonde de la difficulté de l'effort physique ou mental et de la flexibilité cireuse de nos malades. C'est avec beaucoup de raison que J. Babinski et J. Dagnan

(1) *Ibid.* 1, p. 268.

comparent l'influence de l'émotion sur la suggestibilité à celle de certains toxiques.

Il va de soi d'ailleurs que si le rôle de l'épine organique est considérable, celui de la confusion peut diminuer d'autant, et c'est pourquoi les courbetroncs qui adoptent, dès le début, l'attitude qui les défend le mieux contre une douleur intense, et qui éprouvent, à se redresser, une souffrance réelle, même quand la douleur initiale a disparu, n'ont pas toujours besoin d'avoir été confus pour croire à l'impossibilité de l'effort. Il en est vraisemblablement de même pour certains muets et pour certains sourds et, dans tous les domaines fonctionnels, il peut arriver qu'une « épine » soit assez forte pour devenir sans confusion sous-jacente, avec des prédispositions individuelles marquées, un centre d'autosuggestions ; cependant, je le répète, dans l'ordre des accidents primitifs et simples que j'étudie ici, chez des sujets qui n'ont pas été entraînés ni dressés à faire des accidents pithiatiques, les troubles pithiatiques sont la plupart du temps préparés par la confusion et l'intoxication.

Mais si la confusion et l'intoxication conditionnent de la sorte la plupart des accidents d'autosuggestion de nos commotionnés, il n'y a pas à établir de différence de nature entre les commotionnés pithiatiques et les commotionnés confus. On rencontre en effet, presque chez tous, à des degrés divers, et très souvent complet, le même ensemble de symptômes fondamentaux. Dans la vie végétative, ce sont des troubles de l'émotivité, plus rares il est vrai, et toujours moins marqués chez les pithiatiques, de la vivacité des réflexes tendineux, cutanés et sécrétoires, du déséquilibre des nerfs vasomoteurs, de

l'accélération et du ralentissement du cœur, etc. Dans la vie mentale, c'est l'obtusion, l'amnésie d'évocation ou de fixation, la difficulté de l'effort, la flexibilité cireuse. La seule différence, c'est que les accidents d'autosuggestion exigent, pour les raisons que nous avons dites, que la confusion soit légère et les troubles de l'émotivité peu marqués.

Je ne voudrais pas quitter les accidents pithiatiques, que je viens d'étudier dans leur mécanisme et leurs causes, sans avoir fait deux remarques qui, à mon sens, les éclairent beaucoup et qui se dégagent toutes les deux des analyses précédentes.

La première, déjà indiquée en passant, c'est qu'à part de très rares exceptions, les accidents pithiatiques post-commotionnels, sont des accidents passifs ; ce sont des anesthésies, des astasies-abasies, des paralysies, des parésies,des mutismes, etc., etc. ; ce ne sont jamais des contractures et très rarement des hyperesthésies. Les sujets qui tâtent leurs fonctions diverses en se reprenant et qui se laissent suggestionner par la difficulté de l'effort ne font guère et ne peuvent guère faire, dans ces conditions, que des accidents *en moins*. Presque tous les cas qui précèdent sont des illustrations de cette vérité.

La seconde remarque c'est que les sujets qui s'autosuggestionnent de la sorte sont non seulement sincères mais désintéressés. Les considérations de famille, d'intérêt, de sécurité personnelle n'interviennent pas chez nos pithiatiques au moment où nous les voyons. Leur conscience n'a pas de replis, leurs sentiments sont très simples comme leurs accidents et c'est pourquoi ils sont alors si faciles à guérir. Le médecin ne se heurte à aucun désir inavoué ou obscur ; il agit sur des malades dociles

dont la docilité est pour la meilleure part dans le succès de la cure.

Nos malades sont donc passifs, sincères et ils sont aussi, de par leur état physique et mental, assez pauvres de sentiments et d'idées. Comme tels ils sont très différents, des prolongateurs, des actifs, et des grands artistes, créateurs d'accidents bizarres ou compliqués qu'on peut rencontrer dans les centres de l'intérieur. Tandis que ces derniers malades toujours plus ou moins intéressés se rattachent aux simulateurs par des transitions insensibles, la question de la simulation ne se pose jamais pour les nôtres.

Il y a donc, à mon sens, deux catégories de pithiatiques et, en dépit du nom identique qu'on leur donne, la psychologie de ces malades paraît assez différente. Je n'ai parlé ici que d'une seule catégorie, la plus simple, et j'ai à peine besoin de dire que je ne prétends aucunement étendre à la totalité des pithiatiques le résultat de mes observations.

∴

On avait prétendu, un moment, dans les débuts de la campagne, que les hommes projetés à distance ou ensevelis par le vent de l'explosion d'un obus à proximité, ne faisaient jamais d'accidents confusionnels s'ils étaient blessés ; et on allait même jusqu'à invoquer, pour expliquer cette immunité, une dérivation salutaire exercée par l'hémorragie.

Les enquêtes que j'ai faites, soit seul, soit avec le docteur Delmas, n'ont pas confirmé les faits.

J'ai demandé d'abord à un certain nombre de médecins régimentaires combien de sujets non blessés faisaient des accidents confusionnels parmi ceux qui sont projetés, ensevelis ou physiquement ébranlés par vent de l'éclatement. Tous m'ont dit que la plupart des non blessés restaient indemnes, même quand ils avaient perdu connaissance pendant quelques minutes, et qu'une proportion très faible (approximativement égale 10 o/o) présentait des accidents neuro-psychiques pendant un temps variable. Beaucoup de ces malades pouvaient être gardés à l'ambulance et reprenaient leur place dans les rangs après deux ou trois jours de repos.

Puis, je me suis fait indiquer à l'hôpital Gama de Toul, un certain nombre de blessés ayant été atteints par des éclatements d'obus à proximité et ayant été ensevelis, projetés, renversés ou ébranlés par l'explosion. Le nombre des blessés ayant présenté des troubles confusionnels dans ces conditions était de 8 1/2 o/o. Inutile d'ajouter que j'ai pris soin de distinguer entre la confusion mentale onirique post-commotionnelle et le délire infectieux.

D'autre part, dans l'enquête plus ample que j'ai faite avec Delmas dans la Somme, nous avons encore trouvé cette même proportion de 8 o/o pour les blessés par éclatement d'obus à proximité, qui ont fait des accidents confusionnels, oniriques ou simples.

Je ne veux pas abuser ici de pourcentages restreints ou approximatifs pour me livrer à des comparaisons de chiffres, mais il résulte de mes enquêtes qu'il y a des accidents confusionnels chez les blessés comme chez les non blessés quand les uns et les autres se sont trouvés dans le voisinage immédiat de l'explosion et il ne paraît pas, à première vue, que les proportions

des sujets mentalement atteints, par rapport à ceux qui ne le sont pas, soient très différentes dans les deux cas.

Les psychiatres et les neurologistes qui comptent les commotionnés non blessés par centaines dans les centres neuro-psychiatriques ne voient donc qu'une partie des commotionnés ; les autres sont dans les services de chirurgie où les trieurs des hôpitaux d'évacuation les ont envoyés à cause de leur blessure et, la plupart du temps, leur commotion, qui a passé inaperçue, laisse après elle des séquelles qui sont également ignorées, ce qui ne va pas sans des inconvénients très graves dont je parlerai plus loin.

CHAPITRE IX

LA THÉRAPEUTIQUE MENTALE ET LA GUERRE

Dès les premiers mois de la guerre, la direction du service de santé avait senti la nécessité d'organiser, à l'intérieur du pays, des centres spécialisés correspondant aux affections et aux blessures spéciales dont les combattants peuvent être atteints. Il y eut ainsi, en exécution de la circulaire du 9 octobre 1914, un grand nombre de centres psychiatriques et neurologiques, régionaux ou parisiens, et ces centres furent dirigés par des psychiatres et des neurologistes éminents ; le centre psychiatrique de Bordeaux par le regretté Régis, le centre neurologique de Montpellier par le regretté Grasset, le centre psychiatrique de la même ville par Mairet, le centre neurologique de Bourges par Claude, le centre neurologique de Marseille par Sicard, le centre psychiatrique de la Ville-Evrard par le regretté Gilbert Ballet, le centre psychiatrique du Val-de-Grâce par Marcel Briand, etc., etc. D'autre part, des services psychiatriques et neurologiques de Paris furent militarisés, ceux de Pierre Marie et du regretté J. Déjerine à la Salpétrière, celui de J. Babinski à la Pitié, celui de Collin à Villejuif, et c'est ainsi que s'établit

cette assistance psychiatrique des armées en campagne que Jacoby d'Orel avait demandée et obtenue en Russie dès 1904, et dont Régis n'avait jamais cessé de préconiser, chez nous, la préparation.

L'organisation régionale des centres avait, comme contre-partie, l'organisation, dans la zone des armées, d'une sorte de psychiatrie d'urgence qui devait s'inspirer de cet unique principe : guérir vite ou évacuer. Tout ce que pouvaient faire les aliénistes et les neurologistes du front, dans les conditions de travail défectueuses qui leur étaient imposées par les circonstances mêmes, c'était, pensait-on, de traiter les cas aigus et rapidement curables, de diriger sur les asiles les malades agités ou violents et sur les centres de l'arrière tous ceux qui avaient besoin d'un long traitement et d'une observation prolongée. En somme, les médecins de l'arrière traitaient, tandis que ceux de l'avant avaient pour fonction principale de trier et d'évacuer, et ne traitaient qu'accessoirement.

Cette psychiatrie de guerre avait pour elle la logique, ce qui était quelque chose, et l'approbation de Régis, ce qui était encore mieux. On ne dira jamais assez, d'ailleurs, les services rendus par les centres régionaux ainsi constitués.

Mais on crut s'apercevoir de bonne heure que les cures obtenues à l'avant, notamment chez certains commotionnés, étaient plus rapides et paraissaient plus complètes que les cures obtenues à l'arrière. « Chez quelques-uns de nos malades, écrivaient Gilbert Ballet et de Fursac, la guérison se fait attendre pendant de longs mois ; chez plusieurs, obtenue plus ou moins vite, elle se montre précaire, les troubles psychiques ayant récidivé avant le retour des malades

au dépôt ou peu après. Les psychiatres du front, au contraire, sont unanimes à déclarer qu'ils guérissent tous leurs commotionnés — ou peu s'en faut — rapidement et en général définitivement. La thérapeutique du front se montre donc plus efficace que la thérapeutique de l'intérieur (1). »

Si les psychiatres du front ont parlé de guérisons rapides et définitives pour la généralité des commotionnés, ils se sont, comme nous le verrons, beaucoup avancés ; mais ils ont eu raison de parler de guérisons rapides pour les petits commotionnés et de guérisons immédiates pour les accidents divers que les commotionnés présentent : mutisme, surdité, paralysies, etc...

Chacun de nous apportait, en ce sens, des statistiques édifiantes dans les journaux médicaux ou dans les discussions de la Société de neurologie. Gilbert Ballet et Rogues de Fursac constataient ce succès et l'expliquaient par des raisons psychologiques vraisemblables. « En maintenant le malade sur le front, écrivaient-ils, on le laisse dans l'atmosphère du combattant, en contact avec les éléments qui donnent à cette atmosphère son caractère propre. En l'évacuant sur l'intérieur, on rompt le contact et on supprime l'adaptation. Quand, une fois rétabli, il reviendra aux tranchées, il devra se réadapter. On peut concevoir que cette réadaptation, pénible pour beaucoup, peut apparaître impossible notamment aux déséquilibrés de l'émotivité chez qui une imagination maladive retrace, sous une forme obsédante et en les amplifiant démesurément, les spectacles tragiques de

(1) Les pyschoses commotionnelles. *Paris médical*, 1er janvier 1916.

la guerre, fait revivre les angoisses éprouvées et projette sur l'avenir les terreurs du passé. »

Il y a beaucoup de vrai dans cette explication mais elle s'applique particulièrement aux petits commotionnés. C'est pour eux surtout que s'impose le traitement sur place, car ils peuvent être guéris et réadaptés assez vite dans la zone des armées, tandis qu'envoyés à l'intérieur, ils risquent de s'y attarder en donnant à leurs pensées une orientation pacifique. Voilà plus de deux ans et demi que le docteur Crinon a signalé, dans plusieurs journaux médicaux, l'inconvénient grave qu'il peut y avoir, sous ce rapport, à diriger sur les hôpitaux de l'intérieur des blessés et des commotionnés peu atteints. Comme il l'a très bien vu, c'est pour des raisons analogues qu'on doit traiter et guérir dans la zone des armées les petits blessés et les petits commotionnés qu'il appelle des « éclopés psychiques ».

Quelle que soit d'ailleurs l'explication proposée, les faits étaient si patents que, dès le mois d'avril 1915, Gustave Roussy proposait de créer des centres neurologiques d'armée.

« Je crois, écrivait-il, qu'il y aurait grand intérêt à pouvoir examiner et traiter les malades présentant des troubles psychiques de guerre, beaucoup plus tôt qu'on ne le fait dans la zone du territoire. Il suffirait pour cela que, dans chaque armée, soient créés, au point de filtration des évacuations, des services confiés à des médecins spécialistes et qui formeraient en quelque sorte des « centres neurologiques d'armée ». On arrêterait ainsi un grand nombre d'évacuations inutiles ; on éviterait les longues pérégrinations des malades ou pseudo-malades nerveux, et on couperait

court à un mal qui, sans cela, menace de s'aggraver sérieusement (1). »

Je partageais depuis longtemps la façon de voir de Gustave Roussy, et, dès le 15 janvier 1915, j'avais eu l'occasion d'exposer au professeur Lemoine, alors médecin inspecteur général de la Nᵉ armée, les raisons qui paraissaient justifier la création des centres psychiatriques et neurologiques de l'avant. C'est sur son initiative que furent organisés, dans le courantde février 1915, les centres de neuro-psychiatrie de la Nᵉ armée.

A la vérité, cette organisation fut d'autant plus facile à réaliser qu'elle était déjà réalisée en partie,car on avait pris l'habitude, depuis le début des hostilités, de concentrer dans lesplaces fortes de Verdun et de Toul qui possédaient des hôpitaux pourvus de cabanons, les nerveux et les mentaux provenant de la région, et ces malades étaient, suivant les cas, évacués dans les asiles ou traités sur place dans des services de médecine générale, que dirigeaient avec leur haute compétence, à Verdun, Milian, médecin des hôpitaux de Paris, à Toul, Pactet, médecin des asiles de la Seine.

Un service fut de plus créé à Commercy, sous la direction du docteur Salin, médecin des asiles ; ordre fut donné à tous les hôpitaux d'évacuation de diriger sur Toul, Verdun, et Commercy, leurs mentaux et leurs nerveux, et c'est ainsi qu'à part les commotionnés blessés dont je parlerai tout à l'heure, la plupart des mentaux et des nerveux de l'armée passèrent par nos centres neuro-psychiatriques.

Comme ces centres étaient totalement dépourvus d'appareils, les chefs de service s'ingénièrent pour en

(1) *Presse médicale*, nº 18, 29 avril 1915.

trouver. Des machines d'électricité statique furent réquisitionnées dans les collèges de garçons et de jeunes filles et vinrent appuyer les suggestions des médecins par leurs décharges bruyantes, les malades ayant pleine confiance dans un traitement qui faisait tant de bruit, et étant sensibles par ailleurs à l'excitation des décharges. Ces modestes machines ont fait entendre les sourds, parler les muets, marcher les paralytiques. Elles ont eu moins d'action sur les courbe-troncs, qui ne se sont redressés que sous l'influence de courants faradiques.

Comme nous ne possédions aucun appareil de précision permettant d'inscrire les troubles de la respiration, de la circulation et de la motricité, de mesurer les troubles de la sensibilité, la lenteur des perceptions et des opérations intellectuelles, j'ai mis à contribution mon laboratoire de Sainte-Anne, et nous avons pu avoir, sous forme portative, un embryon de laboratoire de psychologie.

L'installation des centres neuro-psychiatriques dans les villes de Toul, de Verdun et de Commercy, était un peu sommaire ; elle l'a été bien plus pour le centre de Verdun, lorsque le bombardement a obligé tous les services hospitaliers de la place à se transporter à la campagne. Tandis qu'on construisait des baraquements pour les mentaux et les nerveux, ces malades étaient logés dans des maisons de paysans et, comme on était au printemps, ils passaient leurs journées au soleil. Je n'oublierai pas le matin de mai où j'ai trouvé les quatre-vingts malades du centre de Verdun réunis dans une aire de village, sous la surveillance de deux gardiens. Un dément précoce, agenouillé dans l'herbe, invoquait le ciel ; un mélancolique, assis sur un rou-

leau à blé, appelait un châtiment qui ne venait pas ; un maniaque camisolé courait tant bien que mal à quatre pattes en faisant le chien, et des têtes curieuses de paysannes regardaient, à travers la haie, ce spectacle nouveau pour elles et d'ailleurs peu banal.

C'est dans la maison d'école du village, et souvent dans l'école même, que les malades étaient examinés. Les écoliers, tout heureux d'être expulsés avant l'heure, nous accueillaient avec des sourires de reconnaissance. Les confus, les débiles et les déments les remplaçaient au tableau où il nous donnaient de piètres échantillons de leurs facultés de calcul et de compréhension ; c'était l'école qui continuait, avec les grands élèves que la guerre nous donnait. Jamais, pendant le temps qu'a duré ce régime provisoire, Milian n'a eu à regretter d'accidents d'aucune espèce, et cependant il a dû parfois garder plusieurs jours, dans de simples chambres de paysans, des malades agités, en attendant leur évacuation.

A Toul, il n'y a pas eu de bombardement pendant l'année 1915 ; la vie a été peu mouvementée et le centre neuro-psychiatrique, ainsi que les peuples heureux, n'a pas eu « d'histoires ».

Lorsqu'on a organisé officiellement un seul centre neuro-psychiatrique par armée, le centre de Toul est devenu le seul centre de la nôtre.

Dans tous nos centres, on pratiquait, à peu près, la même thérapeutique. Les aliénés véritables, incurables ou dangereux, étaient éliminés aussitôt que possible et dirigés sur les asiles de l'intérieur ; c'étaient, pour la plupart, des paralytiques généraux, des déments précoces des mélancoliques anxieux, des grands débiles délirants, des systématiques, hallucinés ou non. Les autres malades, déprimés, commotionnés

avec troubles confusionnels, émotifs ou pithiatiques, etc., etc., étaient observés, traités par des régimes approprlés, et guérissaient pour la plupart. Quand ils étaient guéris, on les envoyait en convalescence; quand ils avaient besoin d'une cure complémentaire, on les dirigeait sur les centres de l'intérieur.

Je n'aurais rien que de très connu à dire sur le traitement de la plupart de ces malades, mais je veux m'arrêter un peu sur le traitement des confus. Il était facile, on l'a vu, de les débarrasser de leurs accidents pithiatiques quand ils en avaient, mais la confusion, onirique ou non, qui précédait presque toujours ces accidents, et qui leur survivait sous une forme atténuée, exigeait un traitement physique en même temps qu'un traitement mental. Le traitement physique a été depuis longtemps formulé par Chaslin, par Séglas et par Régis.

« L'indication dominante, écrivait déjà Régis en 1898, consiste à combattre la cause première, l'intoxication ou l'infection, d'où l'utilité capitale des purgatifs et des laxatifs répétés, des médicaments antitoxiques, des lavages de l'estomac, des diurétiques, de la saignée, surtout dans les phases de début, lorsque l'empoisonnement est à son maximum. En même temps et suivant les cas, nous n'hésitons pas à nous joindre à Chaslin, à Sérieux et aux auteurs étrangers qui préconisent le repos au lit systématique, l'alltement, dans le traitement de la confusion meutale. C'est un excellent moyen d'arrêter la dénutrition, d'amener le calme, de faire comprendre au sujet qu'il est malade.

« Lorsque les périodes d'agitation aiguë sont passées et que surviennent celles d'asthénie physique et psy-

chique, qui vont jusqu'à la cachexie, le traitement doit changer de face et il faut alors s'appliquer à régénérer l'organisme par un ensemble de moyens appropriés visant à la fois l'hygiène, l'alimentation, les médications internes et externes. Parmi ces dernières, la pratique hydrothérapique et électrothérapique, les frictions, le massage, la gymnastique, les injections de sérum artificiel, l'eau oxygénée, l'opothérapie, les reconstituants du système nerveux peuvent rendre les plus grands services (1).

« Quant au traitement moral, ajoute Régis, il offre ici quelque chose de particulier, en raison de la faiblesse mentale dans laquelle se trouvent la plupart des malades, et l'on peut dire que, dans aucune autre psychose, l'intervention personnelle du médecin n'est plus indiquée ni plus efficace. »

« L'isolement et le repos au lit, dit-il encore avec Hesnard, sont déjà des moyens psychiques indirects, susceptibles de suggérer au sujet qu'il est malade et de solliciter son initiative critique. Les conversations avec le médecin inaugureront la rééducation de sa personnalité, de sa perception extérieure, de son orientation, de sa mémoire de fixation et d'évocation, stimuleront son attention, sa coordination psychique, favoriseront le réveil de ses fonctions affectives. Des travaux intellectuels courts, réglés, progressifs, ranimeront parallèlement le cours de ses fonctions syllogistiques (2).

A cette psychothérapie Régis demande, par ailleurs, qu'on joigne l'hypnotisme :

« J'ai montré, à diverses reprises, dit-il, que dans

(1) *Traité*, IIIe éd., p. 305.
(2) *In op. laud.*, p. 856.

nombre de cas, on pouvait, par la suggestion hypnotique, faire disparaître l'amnésie et les idées délirantes consécutives à l'accès et activer ainsi la guérison (1). »

Le traitement physique de Régis est préconisé par tous les aliénistes, à quelques variantes près, et on aura toujours avantage à s'en rapprocher dans la mesure où les conditions matérielles de l'installation le permettront.

Le traitement psychique qu'il recommande paraît avoir été pratiqué par plusieurs Allemands au cours de la guerre actuelle. Neutra prétend devoir à l'hypnose beaucoup de guérisons rapides ; Binswanger dit avoir employé avec succès la suggestion verbale, la rééducation méthodique de l'attention, l'entraînement régulier de la volonté par des exercices appropriés. Wollenberg insiste beaucoup sur l'efficacité des occupations réglées, et il demande l'utilisation des malades convalescents dans des colonies rurales.

D'après Redlich, la guérison des névrosés de la guerre dépend beaucoup moins de l'agent thérapeutique que de l'énergie de son application et il fait une grande place à la discipline dont on dispose vis-à-vis des malades dans les milieux militaires. Il y aurait avantage, pense-t-il, à l'employer sans ménagement (2).

On a vu dans les articles précédents avec quels

(1) *Traité*, IIIe éd., p. 305.

(2) Ces indications sont tirées des rapports de K. Birnbaum sur les *Névroses et les psychoses de guerre*. Cf. le deuxième rapport paru en décembre 1915 dans la *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*.

résultats heureux j'ai pratiqué la persuasion appuyée d'excitations électriques et les conclusions que j'ai tirées du succès de ce traitement ; mais je ne suis pas également certain, après expérience, de l'efficacité de tous les traitements de rééducation morale, ou, du moins, je ne les crois efficaces que si on les emploie avec beaucoup de prudence. Qu'on sollicite l'activité mentale du malade par des excitations diverses, rien de mieux ; mais il y a des inconvénients à insister sur sa rééducation, car on lui fait ainsi prendre conscience de toutes ses faiblesses, et, à chaque défaillance ou à chaque faux pas, on l'ancre dans l'idée fausse qu'il est irrémédiablement diminué dans son intelligence, sa mémoire ou son attention ; on fait alors, avec les meilleures intentions, de la suggestion curative à l'envers. Plusieurs de nos malades ont été soumis à une rééducation de ce genre ; ils se sont attardés dans leur cure à tel point que nous avons dû les évacuer après trois mois, sans les avoir guéris, alors que six semaines suffisaient pour les cures les plus longues. L'un d'eux pleurait toutes les fois qu'il se sentait incapable d'évoquer un souvenir ou de faire un calcul. Tous se sont mal trouvés d'avoir établi leur bilan de faillite avec trop de précision.

Le traitement moral le plus simple consiste à obliger le malade à se réveiller et à se réadapter sous les sollicitations diverses de la vie. Pour cela, on a tout avantage, dès qu'il est convalescent, à le séparer de ses pareils et à le placer dans une salle de malades ordinaires, bronchiteux, rhumatisants, etc., qui causent avec lui, sans même le savoir malade, et le mêlent à leurs entretiens sans insister s'il ne répond pas ; de la sorte, le confus convalescent prend ce qu'il veut et ce qu'il peut de la conversation, et il se

réadapte sans se douter qu'il a besoin de réadaptation, ce qui est une condition excellente. A Verdun et à Toul, les docteurs Milian et Pactet qui employaient ce système, non seulement avec les confus mais avec tous les mentaux améliorés, en ont toujours obtenu des résultats très satisfaisants.

Le service de médecine générale, où les confus étaient admis dès qu'on pouvait les retirer de la section des mentaux, a été ainsi un bon milieu de convalescence.

Voici maintenant quelques chiffres concernant non seulement les commotionnés, mais l'ensemble de nos malades.

Sur 1188 malades divers, reçus dans les centres de l'armée de mars à décembre 1915, 210 ont été internés dans les asiles d'aliénés, 12 ont été réformés sur place, 135 ont été renvoyés à l'arrière, quelques-uns à fin de réforme et la plupart à fin d'utilisation ; 485 malades, très améliorés, sont partis en convalescence ou ont été dirigés sur un centre neuro-psychiatrique de l'arrière pour supplément de cure, 288 ont pu regagner le front tout à fait guéris, 58 étaient encore en traitement le 31 décembre.

On a ainsi le pourcentage suivant :

Internés	17	p. 100
Réformés sur place	1	—
Renvoyés à l'arrière	11	—
Envoyés dans les centres neuro-psychiatriques ou en convalescence	42	—
Renvoyés directement au front comme guéris. .	24	—
Encore en traitement le 31 décembre	5	—
	100	

Ces chiffres, tout significatifs qu'ils paraissent, ne le sont pas autant qu'ils le seraient si nous avions pu

suivre les convalescents, les malades envoyés dans les centres neuro-psychiatriques et les internés eux-mêmes, pour dire combien d'entre eux étaient définitivement retournés dans le rang après leur guérison et si leur guérison était complète. Il semble qu'il aurait suffi de faire une enquête, mais les militaires guéris ne retournent pas toujours à leurs anciens régiments ; ceux qui y retournent n'y restent pas toujours non plus ; d'autres séjournent longtemps dans les dépôts ou sont envoyés hors de France après leur guérison, et, pour faire une enquête qui les suive tous jusqu'au bout, il faudrait mettre en mouvement toute l'administration médicale de l'arrière et de l'avant. J'ai pu mesurer toutes les difficultés que présentent, en ce moment, ces sortes d'enquêtes, lorsque le professeur Lemoine, médecin inspecteur général de la Ne armée, a bien voulu en entreprendre une sur les commotionnés du centre de Verdun qui avaient été envoyés à l'intérieur pour supplément de cure ou renvoyés au front après guérison. Sur 120 questionnaires que nous avions adressés aux médecins des centres neuro-psychiatriques de l'intérieur, des régiments ou des corps, 40 seulement ont pu être remplis par nos confrères, bien qu'ils aient apporté à ce travail toute leur bonne volonté.

Sur 40 commotionnés, qui avaient tous quitté le service depuis plus de trois mois, la plupart depuis quatre, six et huit mois, il y en avait 2 pour lesquels l'internement avait fini par s'imposer ; 9 erraient encore dans les centres de l'intérieur, et 29 avaient été renvoyés directement dans les régiments ou y avaient reparu après un séjour à l'intérieur.

Mais il faut distinguer, parmi ces derniers, entre ceux qui ne gardaient aucune trace de leur commo-

tion, au nombre de 9, ceux qui en avaient des traces légères sous forme de cephalées et d'amnésies de fixation au nombre de 14, et ceux qui avaient de véritables séquelles, sous forme d'amnésies de fixation graves, de susceptibilité émotive, de céphalées fréquentes, au nombre de 6.

Les résultats concordent tout à fait avec ceux de l'enquête que j'ai faite sur place dans un bataillon de chasseurs, où j'ai trouvé nombre de séquelles émotives et mentales chez d'anciens commotionnés dont l'accident remontait à sept, huit et dix mois et que le médecin du régiment n'avait pas jugés assez atteints pour les évacuer dans les hôpitaux de l'arrière-front. Tous ceux que j'ai examinés avaient encore de l'amnésie de fixation, de la céphalée intermittente, de la vivacité des réflexes et plusieurs une émotivité exagérée.

Il n'y a donc pas autant de guérisons, au sens complet du mot, que nous aurions pu le croire, si nous nous étions bornés à interroger le tableau des sorties.

Oui, les cures qu'on fait dans les services du front sont rapides, en ce sens qu'on y triomphe vite des accidents pithiatiques et qu'on ne laisse pas au malade le temps de s'alanguir dans sa maladie ; mais il va de soi qu'on ne triomphe pas plus vite qu'à l'intérieur des troubles organiques, de l'amnésie, de la céphalée, de l'émotivité, et c'est un fait que sur 40 commotionnés dont la sortie remontait jusqu'à sept et huit mois, il y en avait 31 qui restaient plus ou moins atteints, soit un pourcentage de 77 o/o.

Est-ce à dire qu'il faille peu compter sur la réadaptation et l'utilisation finale de la plupart des anciens commotionnés ? Nullement. Ceux que j'ai vus dans un bataillon de chasseurs avaient tous

pu reprendre leur service, quelques-uns avaient gagné des grades, et sur les 40 dont l'enquête du professeur Lemoine m'a permis de connaître le sort après leur sortie de nos services, il y en avait 29 qui faisaient des soldats utiles dans le rang où ils étaient rentrés. Seulement il convient de savoir que la commotion a, parmi d'autres séquelles possibles, créé ou développé, chez nombre de soldats, une constitution émotive caractérisée par les signes que Dupré a indiqués et que nous avons notés ailleurs, vivacité des réflexes tendineux, cutanés et pupillaires, déséquilibre vasomoteur, émotivité, et que les manifestations de cette constitution peuvent rester des mois sans s'atténuer. Il faut savoir également que ces manifestations s'aggravent toujours si le sujet est victime d'une seconde commotion. Il n'y a pas ici accoutumance, mais, au contraire, diminution de la résistance nerveuse, anaphylaxie, et j'ai observé plusieurs cas où les sujets, à peine troublés par une première secousse commotionnelle, ont fait des accidents émotifs graves après leur seconde secousse, sans qu'elle ait été plus violente que la première. De cette existence d'une constitution émotive, peut-être créée chez quelques-uns et certainement révélée chez beaucoup par l'émotion et la commotion, résulte la nécessité de traiter longtemps par le repos et l'hygiène morale, au besoin avec de longs congés et des réformes temporaires, les malades le plus profondément atteints, et de ne les renvoyer sur le front que lorsque les manifestations de leur constitution émotive se sont atténuées.

∴

Il serait d'un grand intérêt théorique pour la connaissance des faits et d'un égal intérêt pratique pour

le pronostic, de savoir la part qui revient aux prédispositions héréditaires dans les désordres commotionnels et leurs séquelles.

J'ai questionné nos confus guéris ou convalescents sur leur hérédité, et, dans la mesure où on peut se fier à ces sortes d'enquêtes, je puis dire que je n'ai pas trouvé chez eux d'hérédité vésanique. Les maladies mentales se rencontrent sans doute chez leurs ascendants, mais pas plus que chez les ascendants de tous les normaux. Régis, qui a fait une enquête très minutieuse sur les prédispositions des confus par commotion, est arrivé à la même conclusion et il écrit : « La prédisposition observée chez les malades atteints de confusion mentale et d'onirisme hallucinatoire n'est pas la prédisposition vésanique. »

Mais s'il écarte la prédisposition vésanique, il admet une prédisposition émotive que l'émotion-commotion n'aurait fait qu'exagérer, et il ajoute : « Les individus chez lesquels sont survenues des psychoses de la bataille étaient presque tous, et avant tout, des prédisposés émotifs, des impressionnables, des nerveux, certains même des névropathes. Cette prédisposition particulière domine et éclaire, à mon avis, le mécanisme étiologique des psychoses de la bataille qui sont donc, essentiellement, des psychoses d'origine émotive (1). »

Il doit être bien difficile, en présence d'un commotionné convalescent, de savoir s'il avait une constitution émotive avant sa commotion, quand on n'a affaire qu'à lui seul ; mais Régis qui dirigeait un centre de l'intérieur, a pu interroger les familles en même temps que les malades, et, comme il s'est entouré certaine-

(1) *In loco citato.*

ment de toutes les garanties, nous n'avons qu'à enregistrer son affirmation.

D'autre part, comme un grand nombre des sujets qui ont été projetés à distance, ou ensevelis, ou bousculés par une explosion n'ont aucun accident morbide, on a bien le droit de penser que ceux qui présentent des accidents mentaux ou nerveux avaient, pour les troubles émotionnels et commotionnels, une prédisposition spéciale.

On a vu plus haut que parmi les hommes qui ont été projetés ou ensevelis ou renversés par le vent de l'éclatement d'un obus, une très faible proportion, fait des accidents neuro-psychiques, que ces hommes soient blessés ou non.

Il semble donc bien qu'il y ait prédisposition émotive puisqu'il y a sélection.

A côté de la prédisposition émotive, Régis fait d'ailleurs place à ce qu'on pourrait appeler la prédisposition toxique (1), et c'est de côté-là qu'on trouvera vraisemblablement une des conditions profondes de la prédisposition des commotionnés, s'il est vrai que le syndrôme confusionnel qui, à certains égards, nous est apparu comme fondamental, traduit toujours une intoxication sous-jacente. La prédisposition reviendrait dans ce cas à une susceptibilité native ou acquise de la cellule cérébrale pour l'auto-intoxication qui résulte de l'émotion et peut-être aussi de la secousse commotionnelle.

Pour ce qui concerne l'âge, Régis remarque que les hommes les plus exposés aux troubles commotionnels appartiennent à la réserve, et j'ai moi-même constaté, sur un total de 200 cas, que l'âge moyen des ma-

1) Regis et Hesnard, *In. op. laud.*, p. 800.

lades était de vingt-sept ans, le plus grand nombre d'entre eux ayant entre vingt-cinq et trente ans ; mais, comme le remarque Régis lui-même, on ne peut rien conclure de ces chiffres tant qu'on ne saura pas s'ils ne sont pas la conséquence de la prédominance numérique des réserves dans les forces engagées. Si l'âge moyen des blessés de notre secteur était le même que l'âge moyen de nos malades commotionnés, si le plus grand nombre des uns et des autres avait entre vingt-cinq et trente ans, il faudrait bien se décider à ne pas attacher à l'âge une importance considérable. Or, d'après les recherches faites pour une fraction de notre secteur, l'âge moyen des blessés y aurait été de vingt-huit ans pendant la période même où je faisais la statistique des commotionnés.

CHAPITRE X

MÉDECINE LÉGALE

Quand on rencontre sur le front d'anciens émotionnés ou commotionnés qui ont été renvoyés trop tôt, leurs réactions émotives doivent être surveillées avec une attention particulière et jugées avec une particulière indulgence. Beaucoup racontent que, pour résister à l'émotion d'un bombardement, ils doivent dépenser plus de volonté que par le passé ; quelques-uns, comme le soldat Dupuy, présentent de l'obtusion intellectuelle pendant une demi-heure ou trois quarts d'heure toutes les fois qu'une torpille ou un obus éclatent à proximité. D'autres sont incapables de tenir sous un feu d'artillerie, se sauvent affolés et sont trop souvent considérés comme justiciables des conseils de guerre par des supérieurs insuffisamment informés de leur état nerveux et mental. C'est en effet une constatation faite par les médecins psychiatres, et surtout par les psychiatres experts près les conseils de guerre, que les militaires inculpés de désertion devant l'ennemi sont souvent d'anciens commotionnés qui, à la suite de leur accident initial,

gardent, comme séquelles, une hyperémotivité qui les pousse à quitter, sans réflexion possible, leur poste de combat.

J'ai sur ce point mon expérience personnelle près les conseils de guerre de la N^e^ et de la Xe armée, confirmée par l'enquête que j'ai faite avec Delmas près de plusieurs médecins et magistrats militaires de la Y^e^ armée.

C'est ainsi que le capitaine R., commissaire rapporteur près le Conseil de Guerre de B., le lieutenant P., commissaire rapporteur près du conseil de guerre de T., le docteur A., de l'ambulance 5/12 de D., nous ont cité plusieurs cas de désertion qui se sont produits dans les conditions que nous venons de dire; mais nul témoignage ne nous a paru plus précis ni plus probant que celui des docteurs Charon et Halberstadt, médecins du centre psychiatrique militaire d'Amiens et experts près les conseils de guerre de la région, qui nous ont remis la note suivante.

Centre Psychiatrique Militaire d'Amiens.

Octobre 1916.

Depuis que fonctionne le centre, c'est-à-dire depuis près de deux ans, il y a eu dans le service de nombreux cas d'anciens commotionnés, qui, par peur morbide du bombardement (phobie de l'obus) ne pouvaient rester en première ligne. La majeure partie d'entre eux fut évacuée de l'avant par les soins des médecins. Une minorité, dépassant certainement une dizaine avaient été déférés aux conseils de guerre pour désertion et dirigés ensuite sur notre centre pour expertise médico-légale. Ni chez les malades de la 1re ca-

tégorie, ni chez ceux de la dernière on n'a jamais constaté de simulation ».

Le Docteur B. J. Logre distingue dans la *Revue neurologique* de 1916 (II, p. 20), plusieurs catégories de fugues pathologiques devant l'ennemi. Il faut ajouter aux catégories qu'il distingue ou ranger dans la quatrième, celle des obsédés anxieux, la grande catégorie des émotifs que la commotion a créés et qui ont une émotivité élective pour le brnit du canon depuis qu'ils ont été projetés à distance, ou enfouis sous la terre, ou bousculés par un obus éclatant à proximité. Mais s'il se trouve, parmi les blessés des formations chirurgicales, des confus et des émotifs créés par l'explosion des obus qui les ont atteints, ainsi que nos enquêtes l'ont établi, il est bien évident qu'ils sont exposés, comme tous les confus et les émotifs non blessés, à retourner au front avec des troubles graves de l'émotivité et à paraître devant les conseils de guerre pour les mêmes raisons que les confus et les émotifs non blessés. Ils seront d'autant plus exposés à ce danger qu'ils n'auront été connus et traités que comme blessés et que leur retour au front aura suivi la guérison de leurs blessures, sans que personne se soit jamais occupé de leur état nerveux ou mental. Ils ne seront même pas protégés devant les conseils de guerre par leur billet d'hôpital comme les malades qui sortent des centres neuropsychiatriques.

Ce ne sont pas là de simples possibilités ; rien que dans le courant d'août et de septembre 1916, j'ai eu à examiner trois militaires inculpés de désertion devant l'ennemi qui étaient, tous les trois, des blessés commotionnés dont la commotion et ses consé-

quences confusionnelles avaient passé inaperçues à cause de l'importance des blessures et qui n'avaient jamais été vus par aucun neurologiste ni aliéniste.

L'un d'eux, le soldat Grillet, a été blessé par un éclat d'obus, il y a plusieurs mois, et transporté par le vent de l'éclatement ; il a donc été à la fois commotionné et blessé. Après avoir été jusqu'à sa commotion, « un de ces soldats, dit l'enquête militaire, à qui l'on peut tout demander », il a été sujet à des crises de peur qui se sont manifestées avec une violence particulière depuis qu'il a été remis dans les tranchées. Il est prévenu aujourd'hui de désertion en présence de l'ennemi. Toutes les fois qu'il entend un obus, disent les témoins, « il se terre où il peut et tremble de tous ses membres ; il n'y a plus personne. Quand on l'a fait sortir de sa sape, il passe son temps à regarder autour de lui, pour savoir s'il ne va rien lui arriver sur la figure ; il n'a plus d'autre idée en tête ».

Tout aussi représentatif est le soldat Remy, qui, après avoir été enfoui sous terre par un éclatement d'obus, gravement blessé et guéri de ses blessures, avait été renvoyé à son régiment. Les rapports de ses chefs constataient avec surprise qu'après avoir été, lui aussi, un de ces soldats à qui on peut tout demander, il était, depuis son retour au front, d'une poltronnerie sans pareille et s'affolait pour une canonnade. Lui-même déclarait qu'il fuyait sans pouvoir se maîtriser qu'il fuirait toujours de la sorte et qu'aucune exhortation ni aucune menace ne pourraient jamais l'empêcher de fuir. A l'examen, on trouvait, chez tous les deux, des séquelles confusionnelles, de la céphalée, de l'amnésie de fixation et de l'amnésie lacunaire et l'on constatait, sans peine, une hyperémotivité qui se traduisait par tous les signes de la constitution émo-

tive et notamment par des désordres cardiaques et circulatoires, pour la moindre allusion verbale aux choses de la guerre.

Le cas du soldat Muller est peut-être plus intéressant encore, car il s'agit ici d'un Alsacien-Lorrain qui a passé la frontière, le jour de la déclaration de guerre, pour s'engager en France, et qui, après plusieurs mois de conduite exemplaire, s'est vu traduit devant un conseil de guerre pour refus d'obéissance ; or il n'est pas douteux que ce jeune homme, qui a été blessé par un obus éclatant à proximité, a fait, depuis cette blessure aujourd'hui guérie, et à la suite de la commotion qu'il avait subie, des accidents nerveux graves parmi lesquels il faut citer une modification profonde de son caractère se manifestant par de l'irritabilité.

Il est d'autant plus désirable que ces psychopathes ignorés ne le soient plus et soient entourés de toutes les garanties exigées par leur état que l'autorité militaire est toujours tentée d'attribuer aux médecins une indulgence excessive et les accuse de voir des irresponsables partout.

Sans doute, il n'est pas contestable qu'une indulgence excessive soit coupable et que l'impunité d'un soldat, qui se dérobe au moment critique, puisse produire, parmi la troupe, des effets regrettables, mais il y a des chances pour que ce soldat, surtout quand il a un passé excellent, soit un malade ; et l'on aurait facilement évité tout effet fâcheux en traitant ce malade avant de l'envoyer au front. Quand les nécessités de la défense nationale obligent à enrôler des prédisposés nerveux, on doit à ces prédisposés, blessés ou non, mais devenus, par suite d'une émotion ou d'une commotion, de grands émotifs, la justice qu'on ne refuse pas aux autres victimes des batailles.

Ces hommes sont, pour longtemps encore, des infirmes du système nerveux ; ce n'est pas quelques années de prison ou le poteau d'exécution que nous leur devons mais des soins et du repos dont nul ne songerait à contester l'utilité si leur infirmité provenait d'une blessure apparente.

⁂

On a beaucoup parlé de simulateurs dans les deux séances que la Société de neurologie leur a consacrées depuis la guerre.

Pierre Marie, qui en a vu un certain nombre dans son service de la Salpêtrière, distingue parmi eux : 1° des simulateurs purs qui inventent de toutes pièces une hémiplégie, une monoplégie, une paraplégie : 2° des simulateurs inconscients qui sont le plus souvent des névropathes, des émotifs, toujours des suggestionnés, et qui rentrent en somme dans la catégorie des pithiatiques ; 3° des exagérateurs qui surajoutent des troubles imaginaires à des troubles réels et sont encore des pithiatiques, victimes de la suggestion dont leur blessure a été le point de départ.

Le terme de simulateur est peut-être un peu excessif pour les deux derniers groupes mais on ne saurait contester que ces inconscients et ces exagérateurs se rattachent au groupe des simulateurs conscients par des transitions insensibles et qu'il y ait souvent des difficultés à les en distinguer.

Jean Sicard, qui a consacré une étude très remarquable aux purs simulateurs, distingue très justement, parmi eux, deux catégories (1).

(1) Simulateurs de création et simulateurs de fixation. *Paris Médical*, 23 octobre 1915.

Les premiers, qu'il appelle des simulateurs de création, sont des artistes qui cherchent à réaliser, à l'aide de leurs ressources exagératives, les attitudes motrices ou les troubles nerveux qu'ils estiment le plus susceptibles de retenir l'attention ou de provoquer la pitié : paralysies paradoxales, paralysies trémulantes, rythmies de la tête, éructations, tremblements, surdités, mutismes, etc... Les autres, qu'il appelle simulateurs de fixation, ont été, au début, de vrais malades, de vrais névrosés, et ils mettent à profit leur expérience pour exploiter et perpétuer, le plus souvent sans les amplifier et quelquefois en les simplifiant, les troubles névrosiques dont ils ont été réellement atteints.

Voici par exemple une surdité qui a été produite par un ébranlement nerveux des cellules auditives au cours d'une commotion et qui s'est accompagnée d'un mutisme pithiatique ; la surdité s'améliore et la guérison se fait peu à peu, mais le futur simulateur, qui s'aperçoit de cette amélioration, s'applique à ne pas paraître en profiter ; il cristallise sa névrose et il la cristallise en la simplifiant : il était sourd-muet ; il décidera d'entendre, mais il restera muet.

Sicard qui a suivi et observé longuement, dans son service de Marseille, dix-sept sourds-muets de guerre et qui a trouvé, parmi eux, neuf simulateurs avérés, a fait une très bonne psychologie du sourd-muet simulateur.

Il remarque d'abord que la tâche est beaucoup plus facile, au moins au début, pour les fixateurs que pour les créateurs. Tandis que le créateur improvise, le fixateur se borne à répéter. Le premier est obligé brusquement, en pleine conscience, de choisir et d'apprendre un rôle difficile, ingrat, et de s'y confiner

pendant des semaines sans s'y être préparé ; le second a fait connaissance, sans effort, avec le symptôme de surdimutité ; il n'a qu'à l'imiter, à le retenir, en refusant la guérison.

Mais si la part d'initiative est différente, il semble bien que les uns et les autres doivent dépenser la même énergie pour tenir leur rôle.

« Le sort des sourds-muet simulateurs qui se savent observés est pitoyable, dit Sicard. Sans cesse sur le qui-vive, dans une surveillance d'eux-mêmes de tous les instants, ils vivent dans la crainte d'un geste surpris, d'un tournement de tête significatif, d'un tressaillement possible à un bruit insolite, d'une mimique trop expressive et surtout d'une rêvasserie à voix haute ; ils s'isolent, prolongent leur séjour au lit et, fuyant les yeux, le regard fixe, ils s'immobilisent dans une attitude souvent immuable, parfois variée, de gestes stéréotypés. La répétition du même mouvement, le jeu de la tête en avant, le clignement des paupières, le tic du peaucier, le mâchonnement des lèvres, sont autant de subterfuges qu'ils mettent en œuvre, non seulement pour se façonner un masque, mais pour tromper leurs longues épreuves et se retremper dans une énergie nouvelle (1). »

Chez quelques-uns, cette contrainte permanente qu'ils exercent sur eux-mêmes finit par les isoler si bien du monde extérieur qu'à certains moments les bruits du dehors ne leur parviennent plus que sous la forme d'une excitation auditive qu'ils n'essaient même pas de comprendre. Il y a une sorte de barrage de la sensibilité et de la volonté.

Et cet état, comme le précédent, ne va pas sans an-

(1) *In op. laud.*

goisse, car le malade, qui joue son rôle avec continuité, finit par avoir la phobie d'en être la victime. « L'un d'eux, écrit Sicard, fort intelligent, qui *pendant sept mois* n'a pas laissé échapper une parole en public, me disait, après l'aveu, qu'à certains moments, il avait la hantise d'être privé véritablement de la parole et même, fait paradoxal, de l'ouïe, et que, terrorisé à cette idée, il se rendait le soir dans les couloirs obscurs de l'hôpital pour murmurer des chiffres ou se rappeler à lui-même quelques mots (1). »

Je ne crois pas avoir rencontré dans la N^{e} et la Xe armées un seul simulateur qui ait créé, de toutes pièces, les accidents nerveux dont il se plaignait ; je n'en ai pas rencontré non plus qui ait imité les accidents nerveux d'un véritable malade, et d'une façon plus générale, je n'ai jamais constaté des accidents nerveux d'aucune espèce où la contagion ait paru jouer un rôle. Je pourrais écrire comme Sicard et dans les mêmes termes :

« Un fait curieux à noter est que, malgré leur rapprochement dans un pavillon commun, faute de locaux disponibles pour un isolement plus strict, aucun de ces psychopathes, n'a surajouté à sa névrose la névrose de son voisin. Chacun d'eux a fixé sa réaction, individuellement, d'une façon autonome, sans que celle-ci se déformât, se rétrécît ou s'amplifiât par des emprunts. »

En revanche, j'ai eu affaire à quelques fixateurs ; mais je tiens à insister sur ce fait que ces fixateurs revenaient presque tous de l'intérieur où ils avaient séjourné dans beaucoup d'hôpitaux, qu'ils n'avaient jamais été traités, pour la plupart, dans les services psychiatriques de la N^{e} et de la Xe armée, et que

(1) *In op. laud.*

parmi nos malades, nos commotionnés n'ont pas eu l'occasion de fixer des accidents dont une thérapeutique active les débarrassait toujours avant qu'ils nous aient quittés.

Je n'ai vu aucun sourd, aucun muet, aucun sourd-muet qui ait fait de la fixation ; tout au plus, ai-je suspecté un sourd-muet qui, ayant cessé d'être muet à la suite de suggestions verbales appuyées d'excitations électriques, parut garder sa surdité pour jouir quelques jours de plus des douceurs, bien relatives, de l'hôpital. Il s'est mis à entendre dès qu'il a su que les malades guéris obtenaient sept jours de permission avant de retourner au front.

Quelques fixateurs, à la suite de sciatiques guéries ou de traumatismes anciens de la jambe, se tenaient debout, et marchaient dans une sorte d'attitude hanchée qui faisait reposer le poids du corps sur la jambe saine, tandis que l'autre jambe fléchie reposait à peine sur le sol et « frottait le parquet » pendant la marche. Comme ils ne présentaient par ailleurs aucun trouble de la sensibilité, aucun trouble des réflexes, aucune contracture et qu'ils pouvaient abandonner leur attitude quand on tirait sur les deux talons pour les replacer sur le même plan, on ne peut guère expliquer cette attitude que par une sorte d'habitude ; c'est ainsi que l'explique Henry Meige (1), et j'ai de bonnes raisons de penser que, dans plusieurs cas, la volonté est intervenue plus que l'autosuggestion pour entretenir cette attitude.

Je citerai, parmi ces fixateurs, le malade Lapierre qui errait dans les hôpitaux depuis treize mois et qui a guéri devant l'offre d'une situation rémunérée dans

(1) Société de neurologie, 7 octobre 1915.

une industrie militaire qui lui a été faite par un protecteur. Je le soupçonnais depuis longtemps de nous tromper et je cherchais une occasion de le surprendre. Cette offre me l'a donnée. Je la lui ai transmise en lui disant que les hommes ne pouvaient être utilisés dans l'industrie tant qu'ils étaient malades et qu'avant de le laisser sortir, nous exigions une guérison pour laquelle nous lui donnions quatre jours de délai. Il a guéri en trois jours, et n'a pas obtenu d'ailleurs la situation qu'il espérait.

Je sais bien qu'on pourrait toujours objecter à des expériences de ce genre qu'un homme qui guérit devant la promesse d'une permission ou d'une place n'est pas nécessairement un simulateur et qu'il a pu être suggestionné par le désir de guérir qu'on lui a inspiré ; mais il faut reconnaître cependant que ces guérisons sont bien faites pour inspirer des soupçons et fortifier les doutes, lorsqu'on en a.

Chez d'autres sujets, c'est le tremblement qui a été simulé, après avoir été réel, chez d'autres la parésie des jambes, chez d'autres la plicature du tronc. J'en ai compté en tout une douzaine.

Sicard ne paraît pas avoir eu l'occasion d'observer des sujets qui simulent les maladies mentales. J'en ai rencontré dix, de janvier en mars 1915, et tous des simulateurs de création qui simulaient assez médiocrement.

L'un d'eux mettait dans ses actes et ses paroles une incohérence outrée, criant, chantant, imitant des cris d'animaux, sautant autour de la pièce et trop manifestement désireux d'utiliser, par tous les moyens possibles, les symptômes qu'il croyait ingénument être ceux de la folie. Un autre, plus prudent, croyait nous donner le change en répondant à toutes les questions

de la même façon : « Comment t'appelles-tu ? — Treize ans. — D'où viens-tu ? — Treize ans. — Depuis quand es-tu mobilisé ? — Treize ans. » Et il prenait l'air bête à plaisir. Quelques créateurs plus habiles s'aidaient de leur expérience et simulaient les troubles mentaux qu'ils avaient eu l'occasion d'observer ou dont ils avaient au moins entendu parler. C'est ainsi que j'ai vu simuler assez habilement un accès de mélancolie, plus maladroitement un délire alcoolique hallucinatoire et une amnésie globale. Par contre, je n'ai trouvé aucun simulateur de fixation qui gardât volontairement l'apparence de l'aliénation mentale, à moins qu'on n'appelle simulateurs tous les convalescents qui s'attardent dans leur inertie et qu'il faut secouer pour les en tirer. Apparemment, le fait de prolonger volontairement l'aliénation mentale, jugée comme telle, explique un dédoublement, une maîtrise de soi, un sens critique dont les aliénés ne sont pas capables, même quand ils vont vers le mieux, et si la simulation de fixation se produit parfois chez eux, ce n'est vraisemblablement qu'à l'égard de troubles partiels comme l'amnésie, qui peuvent coexister avec l'intégrité de l'intelligence.

Les signes auxquels on peut reconnaître la simulation des maladies mentales n'ont rien de décisif, mais ils sont utiles à connaître, car on en peut tirer une sorte de certitude morale.

Régis a très justement insisté sur la puérilité et l'incohérence du tableau clinique. « Imbus, dit-il, de cette opinion vulgaire que tous les actes des fous sont extravagants, que tous leurs discours sont insensés, les gens qui empruntent le masque de la folie se livrent à des gesticulations immodérées, à des actions ridicules, à des divagations incohérentes. Aux

questions qu'on leur adresse ils font invariablement des réponses niaises et absurdes, sans suite et sans lien, dans lesquelles ils prennent le contre-pied de ce qu'on leur demande, si bien qu'au lieu de l'image et du tableau de la folie, ils n'en donnent que le travestissement burlesque et la grossière parodie (1). »

Nos deux premiers simulateurs correspondent assez bien à cette description et, pour des raisons assez différentes, ils ont été suspects dès le premier abord.

D'autre part, quand le tableau clinique est exact pour les symptômes mentaux, le simulateur ne peut y joindre un certain nombre de symptômes physiques impossibles à simuler, tels que les troubles de la circulation et de la respiration, l'hypertonicité ou l'hypotonicité musculaire, l'insomnie ; c'était le cas de notre déprimé qui n'avait ni ralentissement du pouls, ni ralentissement de la respiration, ni pâleur, etc...

Le fait, encore signalé par Régis, que le véritable aliéné est porté à dissimuler sa folie, tandis que le simulateur tend à l'étaler, est intéressant à connaître et peut, comme les précédents, contribuer beaucoup à éveiller et à fortifier des soupçons. Notre alcoolique, outre qu'il n'avait aucun symptôme physique de l'affection qu'il simulait, mettait dans les description de ses hallucinations une hâte et une richesse qui l'ont perdu.

Enfin, le regard du simulateur, très bien étudié par A. Laurent, est un signe qu'il ne faut pas négliger. « Ce regard, dit Laurent, est furtif, mobile, sournois. Le simulateur de la manie ne saurait donner à son re-

(1) *Traité*, IIIe éd., p. 940.

gard l'expression égarée et excitée qui appartient au maniaque; le simulateur de la démence ne saurait lui donner davantage l'expression indifférente et affaissée. Très peu savent, au milieu d'un délire factice, dissimuler l'attention qu'ils portent aux propos et aux gestes des médecins dont ils veulent faire leurs dupes (1). »

On doit ajouter, toutefois, que la plupart de ces signes sont d'autant moins marqués que le simulateur est plus intelligent, et que, dans bien des cas, on ne peut découvrir la simulation que par une observation prolongée, de fréquents interrogatoires, une surveillance invisible et des pièges dont l'invention dépend de l'imagination de l'observateur. La découverte de la simulation devient alors une sorte de chasse où le chasseur peut être plus ou moins heureux.

Vis-à-vis des sujets qui simulent des accidents nerveux, il est difficile de se servir des mêmes critères, car les solécismes cliniques, si précieux pour dépister la simulation mentale, peuvent être ici le fait d'hystériques très sincères, et nous avons exclu ces malades des simulateurs.

L'insistance d'un malade à mettre en avant son accident, paralysie ou surdité, à le manifester, à l'exagérer ou à le prolonger en temps utile, peut bien nous donner de graves soupçons, mais sans trahir le simulateur autant qu'il serait nécessaire.

Pour arriver à la certitude avec ses sourds-muets, Jean Sicard cherche l'aveu. Il suspecte, par principe, tout sujet qui, sans aucune lésion nerveuse, auditive ou laryngée, fait pendant plusieurs mois de la surdi-

(1) *Etude médico-légale sur la simulation de la folie.* Paris, 1866.

mutité, et il le soumet à des expériences très simples ayant pour but de prouver qu'il entend ou qu'il peut faire fonctionner ses cordes vocales. On tire un pistolet derrière lui, à deux mètres de distance, et on observe soit les variations du rythme cardiaque, soit les sursauts de sa plume si on l'a prié d'écrire ; on tire le pistolet devant lui, après l'avoir prévenu, et on regarde si le sujet cligne de la paupière au moment où il doit percevoir le bruit ; on lui fait respirer des vapeurs de soufre pour le faire tousser et on observe la sonorité de la toux, etc., etc.

Après ces expériences, on emploie, pour obtenir l'aveu, soit la méthode douce qui consiste à faire appel aux bons sentiments du simulateur après lui avoir démontré qu'il est pris, soit la méthode forte qui consiste à le menacer du conseil de guerre.

En employant ces deux méthodes, Sicard a trouvé neuf simulateurs sur dix-sept cas observés et suivis dans ses services pendant les mois de juillet, d'août et de septembre 1915.

On ne saurait contester à J. Sicard ni les résultats heureux qu'il a obtenus, ni l'intérêt psychologique de sa belle étude, et cependant d'autres cliniciens pensent qu'il n'est pas toujours utile de chercher, avec les simulateurs, une solution aussi nette et de les presser jusqu'à l'aveu.

En fait, devant la plupart des cas de simulation, nous nous trouvons pris dans l'alternative suivante : ou nous faire une conviction d'après les critères indiqués, ou obtenir l'aveu du simulateur. Quand nous nous faisons une conviction sans son aveu, nous avons rarement une certitude absolue, et, à moins d'avoir surpris le muet en flagrant délit de parole, le paraplégique en flagrant délit de marche et le sourd

en flagrant délit d'audition, nous n'osons proposer de sanctions. Quand nous obtenons l'aveu, c'est d'ordinaire que nous nous sommes faits confesseurs, que nous avons cessé d'être l'inquisiteur et le juge, et nous sommes également paralysés pour les sanctions. Aussi, devant ces difficultés, a-t-on le droit de se demander s'il ne vaut pas mieux, dans certains cas, se désintéresser de l'aveu et de la certitude, et se borner à faire disparaître l'accident par tous les moyens dont on dispose. « Ce qui doit nous préoccuper, écrit à ce propos J. Babinski, ce n'est pas de déterminer le degré de sincérité des sujets atteints des désordres en question mais bien de faire disparaître ces désordres le plus tôt possible. »

A ne pas mettre en question la sincérité du sujet, on peut lui sembler un peu naïf, mais qu'importe cette naïveté apparente, si on a le dernier mot. On a ainsi l'avantage de ne pas heurter et fixer dans sa simulation le simulateur qui, persuadé qu'il peut guérir sans avoir l'air d'un malhonnête homme, prend d'autant plus volontiers la porte qu'on lui ouvre qu'on a soin de l'y pousser avec plus de vigueur par le traitement. Du jour, au contraire, où on lui a laissé voir qu'on le tient pour un simulateur, on doit engager avec lui une lutte sans merci où sa réputation fait partie de l'enjeu et dont le résultat, est, partant, beaucoup plus douteux et toujours plus lointain.

Je pense qu'il convient d'employer, suivant les cas et suivant les individus, les deux méthodes. Avec les simulateurs cyniques, bien décidés à ne pas guérir, malgré tous les traitements et toutes les disciplines, il n'y a aucun inconvénient à démasquer la supercherie, à convaincre le sujet de mensonge. Avec les autres

et notamment avec les prolongateurs, les fixateurs qui ne s'avouent pas toujours très clairement à eux-mêmes leur supercherie, j'ai accepté souvent de paraître dupe, pourvu qu'ils guérissent. Quelquefois, après guérison, j'ai cessé de feindre et j'ai dit des paroles énergiques et précises, mais la plupart du temps. j'ai laissé subsister dans l'âme du faux malade la conviction qu'il m'avait roulé et qu'il n'avait pas déchu dans mon opinion. C'est un précieux soutien, pour rester honnête, que l'illusion de n'avoir pas perdu son crédit.

CONCLUSION

Si nous comprenons les simulations, ou du moins certaines simulations, parmi les séquelles des commotions, nous pouvons résumer la pathologie du commotionné en disant qu'on peut rencontrer chez lui six espèces de troubles :

1° Des blessures produites directement ou indirectement par les projectiles ;

2° Des blessures internes, des lésions précises, produites dans le système nerveux ou les organes des sens par le vent de l'éclatement, par la compression et la décompression de l'air ou par les ondes explosives, et se traduisant par des désordres sensitifs ou moteurs ;

3° Des troubles toxiques, mal définis, se traduisant par de la confusion mentale et de l'amnésie ;

4° Des troubles émotionnels se traduisant psychiquement par de l'angoisse, de l'émotivité, et physiquement par des tressaillements, des tremblements, etc. ;

5° Des troubles pithiatiques, se traduisant par des accidents divers de la motricité volontaire ou de la sensibilité ;

6° Des troubles simulés.

Les lésions externes relèvent de la chirurgie et ne nous ont pas arrêtés.

Les lésions internes, hématomyélies, hémorragies méningées, hémorragies cérébrales, ébranlements cellulaires, relèvent de la neurologie et elles nous permettent d'expliquer un certain nombre d'accidents qu'on se pressait un peu trop autrefois d'attribuer à l'hystérie; mais ces lésions, quand elles sont légères, peuvent se compliquer d'accidents pithiatiques surajoutés qui les complètent et les étendent et, même quand elles sont très passagères, certains des accidents qu'elles ont provoqués peuvent leur survivre sous forme pithiatique.

Les troubles toxiques relèvent de la chimie biologique par leur nature; bien que nous les connaissions mal, nous avons toute raison de penser que ces troubles conditionnent la confusion et nous avons fait de la confusion mentale et de la docilité qui la caractérise une condition presque constante du pithiatisme de nos commotionnés. Comme les lésions précédentes, les troubles toxiques peuvent se survivre sous forme pithiatique; c'est à notre avis le cas pour certaines formes de l'amnésie et de l'obtusion.

Les troubles émotionnels, quand ils disparaissent comme tels, peuvent se survivre comme troubles pithiatiques.

Les troubles pithiatiques sont des troubles d'origine suggestive et surtout autosuggestive qui se réalisent en accidents sensitifs ou moteurs; mais, comme nous l'avons indiqué, l'autosuggestion prend le plus souvent sa matière dans des troubles légers et réels qu'elle fixe.

Les troubles simulés, qui peuvent être parfois inventés de toute pièce se produisent plus souvent

comme séquelles de tous les accidents pithiatiques et de tous les accidents organiques qui peuvent être reproduits par la volonté.

Bien qu'il soit souvent difficile de dire avec précision à quel moment un trouble cesse d'être réel pour devenir pithiatique ou simulé et ce qui revient à la simulation, à l'autosuggestion et à la réalité organique ou mentale dans un accident donné, on peut tenter de sérier les troubles commotionnels d'après leur ordre d'apparition et admettre qu'ils se succèdent ainsi :

1° Emotion et commotion, avec leurs conséquences organiques et mentales ;

2° Confusion (avec ses caractéristiques intellectuelles et affectives) ;

3° Autosuggestion ;

4° Prolongation ;

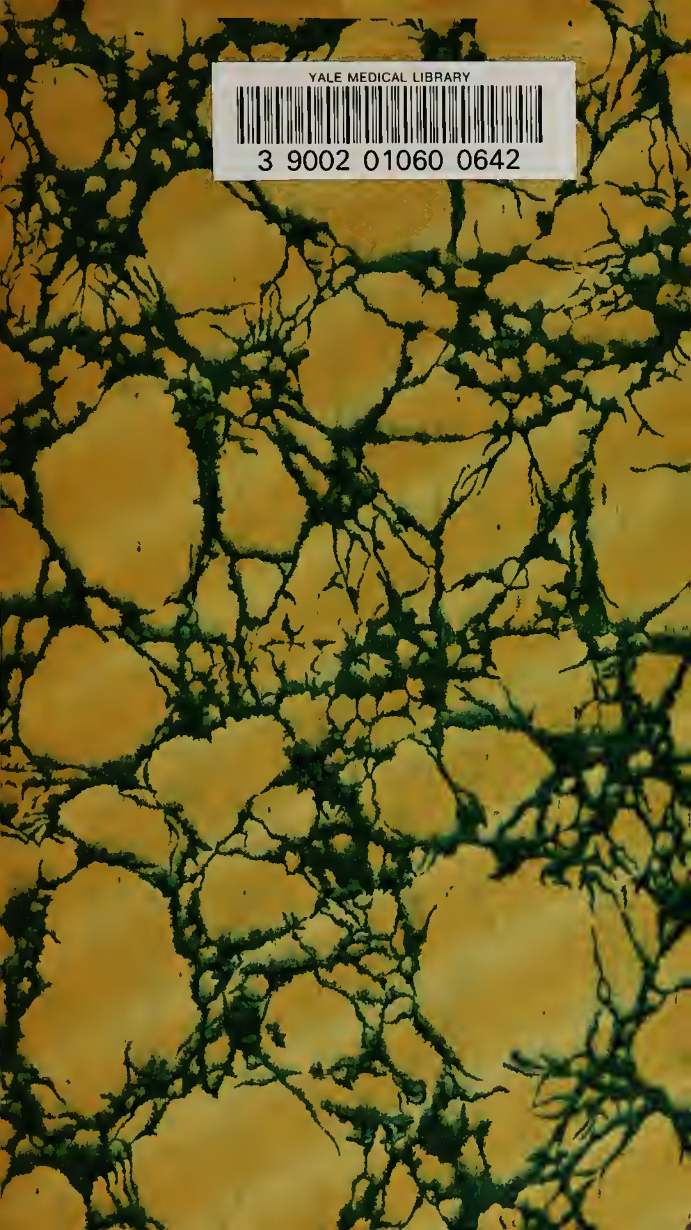
5° Simulation.

C'est à peu de chose près, c'est-à-dire avec le stade confusionnel en sus, l'évolution indiquée par Dupré. « Cette évolution, dit-il, bien démontrée chez les accidentés du travail, se retrouve chez les accidentés de la guerre. » Il est bon d'ajouter cependant qu'un très petit nombre de commotionnés en ont parcouru tous les stades et que le nombre des simulateurs, notamment, a été très faible.

TABLE DES MATIÈRES

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE


RC343
919D
Date Due
Demco 293-5


YALE MEDICAL LIBRARY
3 9002 01060 0642